

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

maladie et Affection Longue Durée ALD et ALQ :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M20- 0008647

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3189 Société : R.M.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : IDRissi M.BARK (57.846)

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-08647

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.


Coupon à conserver par l'adhérent(e).

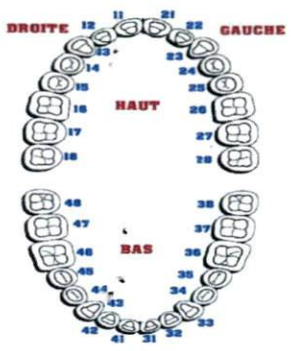
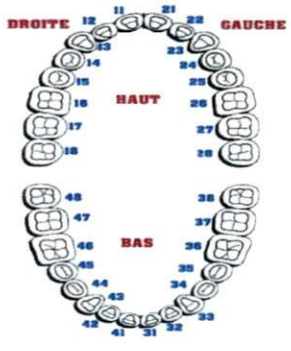
Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		FEUILLE DE SOIN N° W		DATE DE DEPOT	
A REMPLIR PAR L'ADHERENT					
NOM & Prénom : IDRISSI MBARK		Téléphone : 06.68.32.01.14		Signature de l'adhérent	
Fonction : retraité		Matricule : 3189			
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT					
NOM & Prénom du patient : IDRISSI MBARK		Age : 02/04/1951		Date de la première visite :	
Nature de la maladie : HTA		Adhérent <input type="radio"/> Conjoint <input checked="" type="radio"/> Enfant <input type="radio"/>		S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances	
RELEVÉ DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN					
Dates des actes : 14.01.22		Nature des actes : C		Montant détaillé des Honoraires : 150,00	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Dates : 14/01/22		Montant de la facture : 7543			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES					
Dates :		Désignation des Coefficients :		Montant détaillé des Honoraires :	
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Dates :		Nombre :			
AM		PC		IM	
IV		Montant détaillé des Honoraires :			

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																						
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux																		
				Montant des soins																		
				Début d'exécution																		
				Fin d'exécution																		
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux																			
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412		21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411		11433553	B			Montant des soins	
	H																					
	25533412		21433552																			
	00000000		00000000																			
	00000000		00000000																			
	35533411		11433553																			
B																						
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis																				
		Fin de l'exécution																				
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																				
VOILET ADHERENT																						
NOM du Patient :			DECLARATION N°																			
MATRICULE N°			W																			
Date de Dépôt		Montant engagé		Nbre de pièces Jointes																		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois																			

DR. ABDELAZIZ BENHMID

Médecine Générale
Échographie

DU De Diabétologie à L'université Paris 13
Ancien Médecin chef au ministère de la santé
Ancien Médecin du groupe OCP



الدكتور عبد العزيز بنحميد

الطب العام
الفحص بالصدى

أمراض السكري خريج جامعة باريس 13
طبيب رئيس سابق بوزارة الصحة
طبيب سابق بالجمع الشريف للفوسفاط

Sidi Ifni, Le : 14.01.2021 سيدي إفني, في :

Mr, Mme, Melle : Idriss Mbarek

Kardegic 160 183
317 x 3 = 1071
- Aldacton
177 x 2 = 354
- Cardex 61
44 x 7 = 308
- Aspirin 1
976 x 1 = 976
- Venosyl

P.P.V: 57DH70
LOT: B24677
EXP: 06.2022

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V: 35DH70
LOT: 20E021
PER: 06.2022
6 118001 081189

03011

P.P.V: 57DH70
LOT: B25144
EXP: 09.2022

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V: 35DH70
LOT: 20E021
PER: 06.2022
6 118001 081189

Pharmacie EL OUAFI
Dr. Driss BENMHAMMED
Tél : 05.28.87.66.96
Av. C. de la Liberté, Sidi Ifni
ICE: 001294000088

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V: 35DH70
LOT: 20E021
PER: 06.2022
6 118001 081189

RDV Le :

VENOXYL GEL

LABORATOIRES



CARILENE

VI VF63 0623 L
LOT PER

Prix

75.00

VENOXYL GEL

LABORATOIRES



CARILENE

VI VF63 0623 L
LOT PER

Prix

75.00

CARDIX[®] 6,25mg

Carvédilol

28 Comprimés

LOT: 162
PER: NOV 2023
PPV: 44 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

CARDIX[®] 6,25mg

Carvédilol

28 Comprimés

LOT: 162
PER: NOV 2023
PPV: 44 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

CARDIX[®] 6,25mg

Carvédilol

28 Comprimés

LOT: 162
PER: NOV 2023
PPV: 44 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE



Ransimva®

SIMVASTATINE



SUN
PHARMA

LOT 203816

EXP 03/23

20 mg

30 comprimés pelliculés
Voie orale

Composition :

Simvastatine (DCI) 20 mg
Excipients q.s.p un comprimé pelliculé.

Excipients à effet notoire : lactose.

Indications, Contre-Indications, Posologie & Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.
TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS
A conserver à une température inférieure à 30°C.

Médicament autorisé N° :
333/16DMP/21/NRS

Respecter les doses prescrites
بالتدقيق مع الجرعة المعتمدة

Tableau A (liste I)

يحفظ بعيدا عن متناول روضة الأطفال.
يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 30 درجة.

ران سيمفا
سيمفاستاتين



SUN
PHARMA

RANSIMVA® 20 mg
Boite de 30
comprimés pelliculés
Voie orale



6 118000 380146

20 ملغ

30 قرصا ملبسا
عن طريق الفم

LOT n° :
EXP :
PPV : 97 DH60



Ransimva®

SIMVASTATINE



SUN
PHARMA

LOT 203816

EXP 03/23

20 mg

30 comprimés pelliculés
Voie orale

Composition :

Simvastatine (DCI) 20 mg
Excipients q.s.p un comprimé pelliculé.

Excipients à effet notoire : lactose.

Indications, Contre-Indications, Posologie & Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.
TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS
A conserver à une température inférieure à 30°C.

Médicament autorisé N° :
333/16DMP/21/NRS

Respecter les doses prescrites
بالتدقيق مع الجرعات المعتمدة

Tableau A (liste I)

يحفظ بعيدا عن متناول و رؤية الأطفال.
يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 30 درجة.

ران سيمفا
سيمفاستاتين



SUN
PHARMA

RANSIMVA® 20 mg
Boite de 30
comprimés pelliculés
Voie orale



6 118000 380146

20 ملغ

30 قرصا ملبسا
عن طريق الفم

LOT n° :
EXP :
PPV : 97 DH60



Ransimva®

SIMVASTATINE



SUN
PHARMA

LOT 203816

EXP 03/23

20 mg

30 comprimés pelliculés
Voie orale

Composition :

Simvastatine (DCI) 20 mg
Excipients q.s.p un comprimé pelliculé.

Excipients à effet notoire : lactose.

Indications, Contre-Indications, Posologie & Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.
TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS
A conserver à une température inférieure à 30°C.

Médicament autorisé N° :
333/16DMP/21/NRS

Respecter les doses prescrites
بالتدقيق مع الجرعات المعتمدة

Tableau A (liste I)

يحفظ بعيدا عن متناول و رؤية الأطفال.
يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 30 درجة.

ران سيمفا
سيمفاستاتين



SUN
PHARMA

RANSIMVA® 20 mg
Boite de 30
comprimés pelliculés
Voie orale



6 118000 380146

20 ملغ

30 قرصا ملبسا
عن طريق الفم

LOT n° :
EXP :
PPV : 97 DH60