

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

Informations 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.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

Pathologie 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.

Optique :

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

Education :

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.

Prothésiste :

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 ALC :

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

Nº M20- 0008651

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3189 Société : RAM 57818

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DRSSA M BARK

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 668320116 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 : 2001

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M20-08651

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 :



FEUILLE DE SOIN N°

DATE DE DEPOT

W

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

NOM & Prénom	IDRISSI MBARK		Téléphone 06.68.32.01.14	Signature de l'adhérent
Fonction <u>retraité</u>	Matricule 3189	Mail		

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

NOM & Prénom ABALAGH AOUIACH Age 01 / 01 / 1963 Date de la première visite

Nature de la maladie

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

RELEVE DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN

Dates des actes	Nature des actes	Nombre de Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
14.01.2021 14161 OUAFI MED 16	C		150,00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Dates	Montant de la facture
14/01/2021	797,9

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Dates	Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Dates	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 40%; text-align: right;">H</td> <td style="width: 40%; text-align: left;">G</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 00000000 11433553</td> <td style="text-align: left;">B</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H	G		D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin de l'exécution <input type="text"/>
	H	G								
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	B							
<i>Visa et cachet du praticien attestant le devis</i>	<i>Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</i>									

VOLET ADHERENT

NOM du Patient :		DECLARATION N°	
		W	
MATRICULE N°	Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<p>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</p> <p>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</p>			

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 بالجمعية الشريف للفوسفاط

Sidi Ifni , Le : 14.01.2021

بلدي إفني ، في :

Mr, Mme, Melle : ABDELAZIZ BENHMID

TOUI AYA

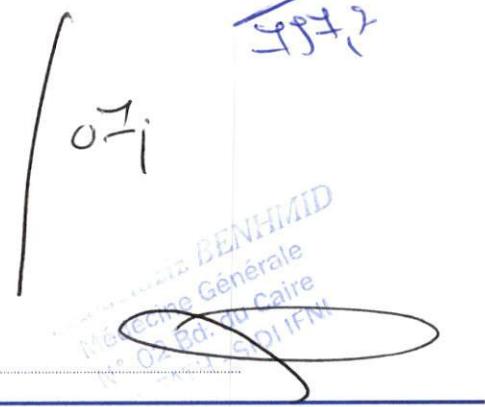
$$\begin{aligned}
 & 83 \times 4 = 332 \\
 & 1 = 332.4 \\
 & \text{Dardes} \\
 & 689 \times 3 = 2067 \\
 & 1 = 206.7
 \end{aligned}$$



03/01/2021
 Pharmacie EL OUAIFI
 DR. DRIBI SIDI IFNI HAMID
 Tel: 0528.87.59.96
 Av. Hassan II, Sidi Ifni
 ICE: 0024521294000066
 120211:01
 RHINATHIOL 5% AD
 SIROP FL 125 ML
 P.P.V: 30DH00

03/01/2021
 6 118000 061427
 RHINATHIOL 5% AD
 SIROP FL 125 ML
 P.P.V: 30DH00

$$\begin{aligned}
 & 12 \times 101 = 1212 \\
 & 141 \times 2 = 282 \\
 & 1212 + 282 = 1494 \\
 & 1494 \times 3 = 4482 \\
 & 30 \times - Rhinathiol \\
 & 2440 \times 2 = 4880 \\
 & = 48.8 \times 24.8 \\
 & 100 \times 2 = 200 \\
 & RDV Le :
 \end{aligned}$$



Dolipronaine®

1000 mg

PARACÉTAMOL



bottlu s.a.
Ribeirão das Neves - Alm. Sebia - Ceará-Mirim
h

PPV: 14DH00
PER: 06/23
LOT: J1922

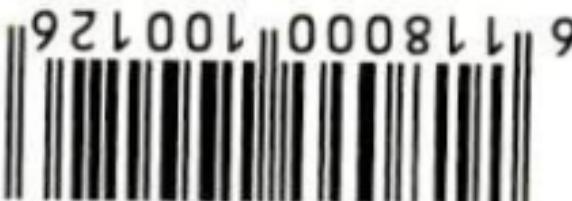
Dr. J. J. T. Teixeira
Farmacia
ADULTE

Doliprane®

PARACÉTAMOL



PPV: 14DH00
PER: 06/23
LOT: J1922



30 Comprimés pelliculés
à libération prolongée

FLUDEX®LP

Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca
lmm. ZEVACO, lot FATH 4
SERVIER MAROC
Les Laboratoires Servier - France



جوجي لیس ایمپلی ۳۰
جوجی لیس ایمپلی ۳۰
LP ®

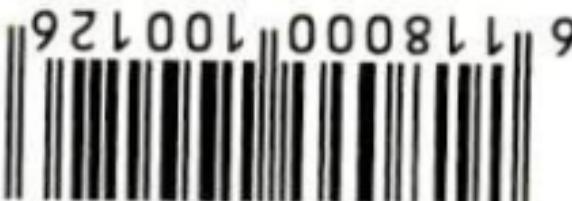
Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

جوجی لیس ایمپلی : II لیست

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

جوجی لیس ایمپلی

66,90



30 Comprimés pelliculés
à libération prolongée

FLUDEX®LP

Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca
lmm. ZEVACO, lot FATH 4
SERVIER MAROC
Les Laboratoires Servier - France



جوجي لیس ایمپلی ۳۰
جوجی لیس ایمپلی ۳۰
LP ®

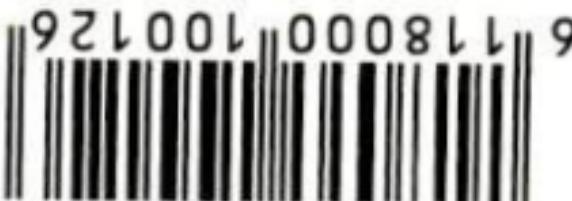
Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

جوجی لیس ایمپلی ۳۰ : II لیست

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

جوجی لیس ایمپلی ۳۰

66,90



30 Comprimés pelliculés
à libération prolongée

FLUDEX®LP

Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca
lmm. ZEVACO, lot FATH 4
SERVIER MAROC
Les Laboratoires Servier - France



جوجي لیس ایمپلی ۳۰
جوجی لیس ایمپلی ۳۰
LP ®

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

جوجی لیس ایمپلی : II لیست

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

جوجی لیس ایمپلی

66,90

6



PELLICULES SECABLES

28 COMPRISES

TENORMINE® 100 mg

Uniquelement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Lot n° 1106 28

Liste 1

100 mg

88/10

01/09/08 A - F

200304 - 5003

6



PELLICULES SECABLES

28 COMPRISES

TENORMINE® 100 mg

Uniquelement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Lot n° 118000 011590

Liste 1

100 mg

88/10

011590 118000

2004 05 23

6



PELLICULES SECABLES

28 COMPRISES

TENORMINE® 100 mg

Uniquelement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Lot n° 118000 011590

Liste 1

100 mg

88/10

011590 118000

2004 05 23

6



PELLICULES SECABLES

28 COMPRISES

TENORMINE® 100 mg

Uniquelement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Lot n° 118000 011590

Liste 1

100 mg

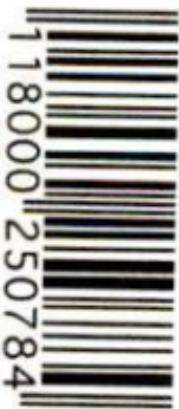
88/10

011590 118000

2004 05 23

à la portée des enfants
Ne pas laisser

6



Suspension nasale

pivalone® 1% 



suspension

contenant 10 ml de

Flacon nébuliseur

Excipient q.s.p. 100 g

tricocortol..... 1,000 g

Pivalate de

Composition

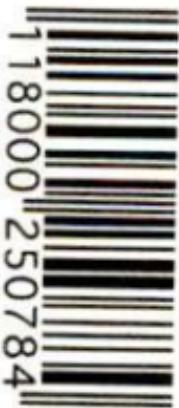
LOT:

PER:

PPV:

Ne pas laisser à la porte des enfants

၈



Suspension nasale

pivalone® 1% 



suspension

content 10 ml de

Flacon nébuliseur

Excipient q.s.p. 100 g

Pivalté de
Composite

ט'ז

ପ୍ରକାଶକ

% ۱۰۰

RH, 40

LOT:

PER+

PPV:

RAZON® 40 mg

14 Comprimés pelliculés
gastro-résistants



6 118000 140726

Pharmacie EL

Dr.Driss BEN MH

Tél : 0524 7

Av. 51

1000 - Casablanca 1291

دارزون®
40 مغ

باد توبيرازول 40 مع

قرصاً ملبيساً مقاوماً
لعصارة المعدة

14

LOT: 607
PER: 01/23
PPV: 100,00

expi.

عن طريق الفم

© NOVARTIS

Voltarène®

100 mg

Diclofénac sodium

Pour adultes

Antirhumatismal, Anti-inflammatoire

Voie rectale

10 suppositoires
100 mg



L'unité : 52,00 DH
LOT : M20021
EXP : JAN 2023