

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

Conditions 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.

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.

Optique :

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

Rééducation :

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.

Prothèse :

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

N° P19- 0027998

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3027

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Mr HAIDA ARISS

Date de naissance : 1/1/1951

Adresse : BP n° 47 AGENCE ABB SIDI RAHAL
CODE POSTAL 26 43350 SIDI RAHAL PLAGE

Tél. 06 77 43 78 42 Total des frais engagés 100,00 + 1246,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SAMI MAMMOUN
Médecin Omnipraticien
N°14 RDC Lot. Meryem Sidi Rahal
Province Berchid
Tél. 06 75 086 707

Date de consultation : 17 NOV 2021

Nom et prénom du malade : Mr Haida Ariiss

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : SIDI RAHAL

Le : 30/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17 NOV. 2020	CS	1	10700	DR. SAMANI Mhammed Medecin Omnipraticien N° 4 RDC Lot. Meryem Sidi Rahal Province Beja Tél: 075 086 707

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHATEAU D'EAU DR. BOUAFIA HAYDI R BOUAFIA HAYDI Tél: 05 22 93 70 2	17/11/2020	1246,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

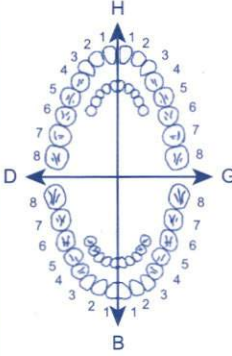
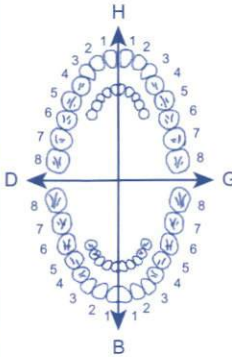
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				Coefficient DES TRAVAUX																				
				MONTANTS DES SOINS																				
				DEBUT D'EXECUTION																				
				FIN D'EXECUTION																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS																					
			DATE DU DEVIS																					
		DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr.SAMANI Mhammed

Omnipraticien

Anc.Médecin Officier
de la Marine

Echographie

Electrocardiographie



Tél : 06.49.12.40.78

Le: 1.7.2023

الدكتور سماني محمد

طبيب عام

طبيب ضابط سابقاً

في الملاحه البحرية

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 581 DH

73-270-1



PPC : 135 Dhs صنع في الصين

Driss Haïda.

581,00

1/ NovoMix S.V. 18U matin et 16U le soir.

135,00

2/ Bauselotte réactif.

58,10

3/ Cardensiel 5mg 1/2 p matin et soir.

108,00

4/ Samipril-wins 1/2 p matin et soir.

34,60 x 2

5/ Losilix 40mg 1 p le matin

98,30 x 3

6/ Attynil 30mg 1 + 1/2 le soir.

1246,20



Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV : 58,10 DH

7862160239

108,00

PER 08 2024

LOT 20E013
PER 12 2023
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60



LOT 20E019
PER 05 2024
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60



PHARMACIE CHATEAU D'EAU
DR. TOULIER HANANE
DOUAR BENABID
PAR BOUENZA Tél: 05 22 93 70 22

Dr. SAMANI M
Médecin Omni
N°14 RDC Lot. Mery
Province de
Tél: 06 75 0

LOT 200815
EXP 06/2023
PPV 98.30DH

مريم سيدي رحال الشاطي - برشيد
N° 1,2 éme Etage ,Lot. Meryem Sid

LOT 200812
EXP 06/2023
PPV 98.30DH

LOT 200812
EXP 06/2023
PPV 98.30DH

Close/Re-cap container
tightly immediately after
removing strips.

يرجى إحكام إغلاق العبوة مباشرة
بعد إخراج شرائط الاختبار.

ACCU-CHEK®
Active

06656803

25 Test strips


1 CODE CHIP

5 ca.
sec.

For the
determination of
blood glucose

Suitable for
self-testing

Only for
Accu-Chek® Active

+2 °C  +30 °C

Roche

ACCU-CHEK®
Active

06656803

25 شريط اختبار

١ شريحة التكويد

5 ca.
sec.

لقياس نسبة السكر
في الدم

مناسب للفحص الذاتي

فقط لـ
Accu-Chek® Active



Roche

REF 06656803019



4 015630 065219

 Roche Diagnostics GmbH
Sandhofer Strasse 116
68305 Mannheim, Germany
www.accu-chek.com



06658466001(01)

44x44x80 E

V6/R0