

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

iologie 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.

que :

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 canalaire, 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 canalaire.

adie 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

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricole : 30217Société : RAM Actif Pensionné(e) Autre :Nom & Prénom : M. HAFIDA DRASSH9316Date de naissance : 1-1-1951Adresse : BP n° 17 AGENCE ABB SIDI RAHALCOTE POSTALE 26 43350 SIDI RAHAL PLAGETél. 06 77 43 78 42 Total des frais engagés 100,00 + 1246,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

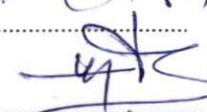
Cachet du médecin :

Date de consultation : 17 NOV 2011Nom et prénom du malade : Driss Haïda Age :Lien de parenté : Lui-même Conjoint EnfantNature de la maladie : DRY ET SES HIA

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 CASABLANCALe : 30/11/2011Signature de l'adhérent(e) : DRISS HAÏDA

RELEVE 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. 2008	CS	1	10000	 Dr. SAMANI Mhammed Médecin Omnipraticien N° 4 RDC Lot. Meryem Sidi Rahal Province de Chlef Tél: 03 75 086 707

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHAUMEAUD'EAU DOCTEUR PHARMACE DOUAIER D'ANABID RBO 111-05229120	17/11/2020	1246,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[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'EXÉCUTION

Dr.SAMANI Mhammed

Omnipraticien

Anc.Médecin Officier
de la Marine

Echographie

Electrocardiographie



Tél : 06.49.12.40.78

Le: 1.7.2023

الدكتور سهانى محمد

طبيب عام

طبيب ضابط سابق
في الملاحة البحرية

الشخص بالصدى

التخطيط الكهربائى لقلب

NovoMix® 30 FlexPen®

100U/ml

Suspension injectable

5 stylos pré-remplis de 3ml

PPV : 581 DH



PPC : 135 Dhs صنع في ألمانيا



6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7982160239

581,00

Driss Haidia.

11 Novomix S.V 1/2 matin et 1645 h n.c.

135,00

21 Bandelettes réactives S.V.

58,10

87 Cardensiel S.V 1/2 CP matin et soir.

108,00

41 Faminpril-wint S.V 1/2

34,60 x 2

51 Lotilix 40 mg S.V 1 CP matin et soir.

98,30 x 3

61 Allhypuril S.V 1 + 1/2 matin et soir.

71246,20

PHARMACIE CHATEAU D'EAU
DR. TOUIER HANANE
DOUAR BENABID
BOUZAÏA Tel: 05 22 93 70 22

ة مريم سيدى رحال الشاطئ - برشيد
N° 1,2 éme Etage ,Lot. Meryem Sid

-73-270-1

108,00

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V:34DH60

6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V:34DH60

6 118000 060468

LOT 200815
EXP 06/2023
PPV 98.30DH

LOT 200812
EXP 06/2023
PPV 98.30DH

LOT 200812
EXP 06/2023
PPV 98.30DH

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



+30 °C
+2 °C

Roche

REF 06656803019



4 015630 065219

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



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

يرجى إحكام إغلاق العبوة مباشرة
بعد إخراج شرائط الاختبار.

ACCU-CHEK® Active

06656803

25 شريط اختبار

1 شريحة التكوير

لقياس نسبة السكر
في الدم

مناسب للشخص الذاتي

فقط لـ
Accu-Chek® Active



5 ca.
sec.



Roche

06658466001(01)

44x44x80 E
V6/R0