

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.

Radiologie 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.

Dentaire :

- 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.

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

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

La 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8134 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ARISS HICELIA

Date de naissance : 03/02/69

Adresse : RRS KENZI, 11 RUE LA VOISINNE M157 ATH3

QU. HOPITALIS. CASA

Tél. : 06 64 72 47 01 Total des frais engagés : 3.8.0.6, 0.0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR BENCHEOUROUN N.
SPECIALISTE EN :
ENDOCRINOLOGIE ET DIABETE
57, BD. 11 JANVIER - CASA
TEL. 022 47 00 93 / 94

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/10/2012

Nom et prénom du malade : ARISS HICELIA Age : 53

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : diabète

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Casablanca Le : 25/10/2012

Signature de l'adhérent(e) :

*DR BENCHEOUROUN N.
SPECIALISTE EN :
ENDOCRINOLOGIE ET DIABETE
57, BD. 11 JANVIER - CASA
TEL. 022 47 00 93 / 94*

8



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
24/01/2022	62		3000	Dr BENJAMIN GROU SPECIALISTE EN : ENDOCRINOLOGIE ET DIABE T 57, BD. 11 JANVIER 2022 49 00 93 GROU SPECIA ET DIABE T CASA
31/01/2022			6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31.10.2022	3458,60
	25.10.2022	47,40

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la part 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 de l'ODF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
255333412	214333552
000000000	000000000

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. BENCHEROUN Nadia

Spécialiste en Endocrinologie
et diabète - Obésité - Nutrition
Goitre - Hormones - Cholesterol

الدكتورة نادية بنشرون
إختصاصية في أمراض الغدة
ردة، السري - السمنة - التغذية
الاضطرابات الهرمونية - الترثي

Casablanca, le :

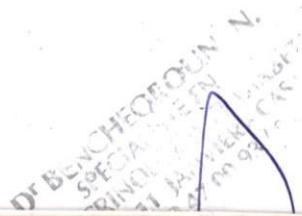
21 Mars 2012

Mrs. Hamed

AS

47,40 Glucovance 5/30

up to you Dr. S. Hamed



Glucovance® 500 mg/5 mg
comprimé pelliculé

30 comprimés pelliculés

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Glucovance® 500 mg/5 mg
comprimé pelliculé

.57
00.93

LOT 210827
EXP 01/2024
PPV 52.80DH

Goitre - Hormones - Cholesterol

الدكتور نادية بنشرورن
إختصاصية في أمراض الغدة
وداء الغدي - السمنة - للتغذية
الاضطرابات الهرمونية - للولادة

Casablanca, le : 31/12/2022

DRS H. EL ADR

223.00

+ 7

Zwiss



- Rygo Zieg

196.50 X 2

287.50 melon
notre dame 196.50



177.50

- Novembre 3 zwiss

up sweet Zwiss



pink melon

- Novembre 2 zwiss

97.00

up sweet Zwiss



+ 8

- Sisigfornie 8.80

up 23

950
52,00

ادسونج ٢

٦٨٠٠
٥٢٨٠

ادسونج ٢
لارسون ٢١

AS AS

AS

AS

255,00 بندلطة
+ 2 ٣ جم

Dr. BENEDETTO
S.p.A.
ENDOCHINE
57, EG. 11/2021
05/2024

PHARMACIE DU JASMIN
Mme. LAMRANI Rajaa
11 Avenue 2 Mai 1757
Tel: 05 22 81 11 00
LAMRANI
Mme. LAMRANI
11 Avenue 2 Mai
05 22 81 11 00

LOT 211314
EXP 04/2024
PPV 99.00 DH

DISPONIBLE EN PHARMACIE
UNIQUEMENT

غافيسكون ادفانس
GAVICON

ADVANCE

قلادة السواغات ذات
الثقل المخروطة:
باراسيتامول
النيلول و البروبيل.
دواعي الاستعمال:
و فرق عاليون
لخفيف تقليل حرارة
الجسم طفيف، ضد حرقة
المعدة و عسر الهضم.
طريقة الاستعمال:
عن طريق الفم.



e 150ml

Pharmaceutical Institute
R.S. 203 000 AZZA Region Rabat

PPV : 98 DH 90

Bien agiter avant utilisation.
Tenir hors de portée des enfants.
Fabricant titulaire de la marque :
Reckitt Benckiser Maroc S.A.S.
Gaviscon Advance, l'antacid.
Utiliser dans les 6 mois suivant l'ouverture.
PPV: 48 DH 40

01/04
PPC: 255,00 DHs
LOT (10) 26049041
2023-08-18
2021-11-19
EXP 02/2024
UDI

3122756

PPV 21DH00
PER 08/25
LOT L2810

PPV 21DH00
PER 11/25
LOT L3815

PPV 21DH00
PER 07/25
LOT L2883

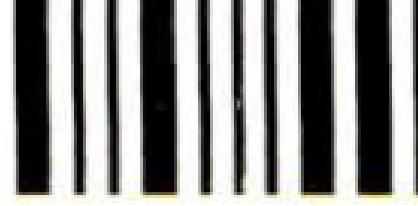
PPV 21DH00
PER 08/25
LOT L2810

PPV 21DH00
PER 07/25
LOT L2679

PPV 21DH00
PER 07/25
LOT L2678

PPV 21DH00
PER 10/25
LOT L3341

PPV 21DH00
PER 08/25
LOT L2870



NovoNorm®
1mg
90 comprimés
PPV: 177 DH 50

8-1775-73-210-1



6 118001 120369

Uniquement sur ordonnance Liste I

Respecter les doses prescrites

NovoNorm®
2mg
90 comprimés
PPV: 196 DH 50

8-1785-73-210-1



6 118001 120376

NovoNorm®
2mg
90 comprimés
PPV: 196 DH 50

8-1785-73-210-1



6 118001 120376

1x3ml
Ryzodeg® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégludec/insuline asparte
PPV : 273,00 DHS

8-9564-7

1x3ml
Ryzodeg® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégludec/insuline asparte
PPV : 273,00 DHS

8-9564-

1x3ml
Ryzodeg® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégludec/insuline asparte
PPV : 273,00 DHS

8-9564-

1x3ml
Ryzodeg® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégludec/insuline asparte
PPV : 273,00 DHS

8-9564-1

1x3ml
Ryzodeg® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégludec/insuline asparte
PPV : 273,00 DHS

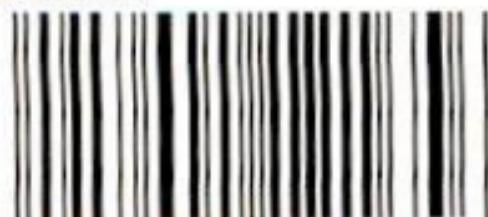
8-9564-

1x3ml
Ryzodeg® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégludec/insuline asparte
PPV : 273,00 DHS

8-9564-

1x3ml
Ryzodeg® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégludec/insuline asparte
PPV : 273,00 DHS

8-9564-73-260-1



6 118001 121656