

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.

**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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

M22- 0025662

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2480 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MOUSTAHSINE Abdelouahed  
 Date de naissance : 22 3 53  
 Adresse : 144 MAZOLA Rue L N°154  
 144 HASANI Casa Blanca  
 Tél. : 06 62 70 43 05 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : MOUSTAHSINE Abdelouahed Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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.

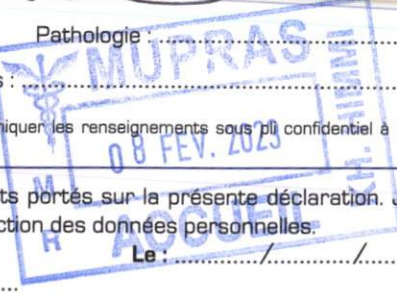
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



INP : 091019786









**Docteur BENABBS TAARJI F.Z**  
**Endocrinologue - Diabétologue**

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol  
Traitement de l'Obésité - Maigreur  
Glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité

Diplômée de l'Université René Descartes Paris V  
Sur Rendez-Vous



الدكتورة ف. ز. بن عباس التعاويجي

إختصاصية في أمراض الغدد - السكري  
السمنة و الهرمونات

خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس  
بالموعد

**ORDONNANCE**

Casablanca, le : 09.01.23

صيدلية المنجرة  
**Pharmacie MENJRA**  
Dr. MENJRA Samir  
16, Angle Bd. Azemour Sidi Abderrahmane - Casablanca  
Tél.: 05 22 89 50 05

6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

Yousstahisme  
24,40x6

Levothyrox 100 µg  
6,80x6

Levothyrox 25 µg

matar

6 118001 102020  
**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020  
**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6 118001 102020  
**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020  
**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 was

6 118001 102020  
**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 = 187,20

6 118001 102020  
**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

Angle Route d'Azemour & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal

**Pharmacie MENJRA**  
Dr. MENJRA Samir  
16, Angle Bd. Azemour Sidi Abderrahmane - Casablanca  
Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 0522 93 31 49 - GSM (Urgence): 0522 90 07 85 / 0661 08 15 48 - E-mai



## CERTIFICAT DE MALADIE DE LONGUE DUREE

L'intention du Médecin les Organismes de Protection Sociale et des Assurance :

Je soussigné(e) Docteur BENABBES TAARJI F.Z Endocrinologue Diabétologue

Certifie que M.(elle,me, r) HOUSTANSING ABDELWAHEB âge(e) de 70 ans

Suivi(e) dans notre cabinet pour une maladie de longue durée donnant droit à l'exonération

Ticket modérateur :

\*Diabète Insulinodépendant

\*Diabète no Insulinodépendant

\*Hyperlipidémie mixte

\*Hypercholestérolémie

\*Hypertriglyceridémie

\*Goitre simple

☒ \*Goitre opéré = Caillou

\*Hypothyroïdie

\*Retard de croissance

\*Autre

Certificat fait à Casablanca, Le 09/01/2013 et remis à l'intéressé(e) en mains propres

De servir et valoir ce que de droit.



Signature et cachet de Médecin



**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom :

Matricule :

2450

N° CIN :

B240014

Adresse :

1197 MAZOLA Rue 1 N° 154, HAY HABANI Casablanca

Bénéficiaire de soins :

☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigné :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

HOUSTIA HST NE ADDJELLOU

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Tyrosidectomie du foie par coagulation  
Tyréohélie

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

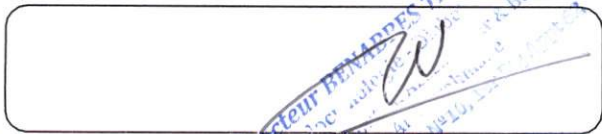
Levofloxac 2 adués + 6 mois

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casa le 16.04.2023

Cachet et signature du médecin traitant :



\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées