

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

- Réclamation : 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.

M22- 0012766

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5149 Société :

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : YASSINE CAHOUSSINE

Date de naissance : 01-01-1988

Adresse : 109, N° 109, Abdellah Ben Abdellah, Casablanca, 721473

Tél. : 0666 448369 Total des frais engagés : 1426,3 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BENLALLA ELGHORFI Fatima
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Ed Al Qods, Rés les Rosiers, Appt 121
Casablanca - Tél : 0522 870 890

Date de consultation : 04/10/91 23

Nom et prénom du malade : Mme. BEN S. GHIR MALIKA Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 : Le : 04/10/91 23

Signature de l'adhérent(e) :



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
04/09/23	C		300 DH	Docteur BENLALLA ELGHORFI Fatima Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition Bd Al Qods, Rés les Rosiers, Appt 121 Sidi Chok Casablanca - Tel : 0522 870 890

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant N° de la Facture
 PHARMACIE N° 100 Dr BENCHIKH En Pharmacie Abdelhakim 10522 50 24 80 40	04/10/09 03	 PHARMACIE N° 100 Dr BENCHIKH Hay Moulay Abdellah Bab Ezzouar 10522 50 24 80 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 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 de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition

إختصاصية في أمراض الغدد
والسكري والتغذية

Sur Rendez-Vous

بالموعد

Casablanca, le 04/09/23

الدار البيضاء في

Mme BENSGHIR MALIKA

REGIME SANS SUCRE ET SANS GRAS

44.10x3 DIAMICRON 60

1 comprimé

le matin

38.10x3 GLYCAN 850

1 comprimé

midi et soir

63.30x3 TRITAZIDE 10/25

1 comprimé

le matin

99.15x3 FENOGAL 200

1 comprimé

1 soir s/2

48.10x3 DIMAZOL 10

1/2 comprimé

2 fois par semaine

49.16x3 D CURE FORTE

1 ampoule

1 fois par MOIS

31.13x3 ZYLORIC 200

1 comprimé

à midi

TRAITEMENT DE 3 MOIS

89.10x3 OEDES 20 GM

1 comprimé

le soir

PHARMACIE INES
صيدلية انس

Dr BENCHIKHI B.
Bd Abdellah Rue 75 n° 40
Hay Meulay Abdellah Rue 75 n° 40
CASA - Tel 0522 50 24 80

Dr BENLALLA EL GHORFI Fatima
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Bd Al Qods, Rés les Rosiers, Appt 121
Ain Chock, Casablanca - Tel : 0522 870 890

TRitazide® 10mg/25mg

Hydrochlorothiazide



LOT 230304
EXP 120277
PPV 31.30 X3

63,30

X3
Ged

PPV 99.50 DH
EXP 10.2026
LOT 221071

3620
X

30
3620

GLYCAN® Rec

Metformine chlorhydrate

PPV 38.10 DH
LOT 07/37 PER 05/26
50

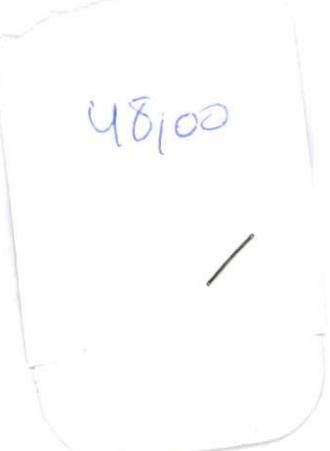
LOT 211486
EXP 04/2024
PPV 99.00 DH

X
Ged

242600030-02

V
60 comprimés enrobés dos

48/00



PPV: 49,60 DH
LOT: 23B09
EXP: 02/2026

ipoule vables
RTF

12

atih
60

atih
12

242600030-02