

## 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.

**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° M21- 070768

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2320 Société : Retraite  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :  
 Nom & Prénom : RAHHALI Abdelkader  
 Date de naissance : 1952  
 Adresse : Rue n°26 Djour Lkran Mohamed  
 Tél. : 0667813518 Total des frais engagés : 1419,50 + 300,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Le BELHADI BENSAM Endocrinologue Diabétologue Rue SAFI, Imm KMAIL 1 Etg Apt 4 Mohammédia App 4 205 23 31 47 47  
 Date de consultation : 23/12/2023  
 Nom et prénom du malade : MATEEP RAHHALI Fatima Age: 62 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète + Hyperuricémie + Dyslipidémie  
 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 : 26/12/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
23/12/23		300 DH		Dr. Leila BELHADI BENSAM Endocrinologue Diabetologue Rue SAH, Imm ISMAIL I Etg App: 4 - Mohammedia Tel: 05 23 31 47 47

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/12/23	1419,50

## 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
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

REMBOURSÉ  
par la  
MUTUELLE

Cabinet  
ENDO  
CRIN  
LOGIE

الدكتورة ليلي بلهادي بنسامي

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

أخصائية في أمراض الغدد، السكري والتغذية  
(السك، الكلى، الكبد، القلب، الرئة، ...)



SN: V6E1ERAUMZEH  
B.N0.DY10259  
EXP.02/2026  
PPV: 520,00

Mohammed

Mme KHIATE EP RAHHALI FATIMA

520.00

GLARITUS

30 U LE SOIR

571.00

NOVORAPID FLEXPEN

10 U MATIN

10 U MIDI

10 U SOIR

AIGUILLES MICROFINES 4 MM

110.70

ULORIC 40

0-0-1

57.80

L DNOR 10

0-0-1

Bandelettes Glycemiques ONCEPHAR 1806xjour

Traitement pendant : 3 Mois

160.00

Dr. Leila BELHADI BENSA...  
Endocrinologue Diabétologue  
Rue SAFI, Imm ISMAIL 1 Etg  
App 4 - Mohammedia  
Tel : 05 23 31 47 47

SN 2F3EW4Q3VM2U0P  
EXP 08 2025  
MFG 08 2023  
LOT 1149297

1100170  
PPV

صيدلية المستشفى  
PHARMACIE DE L'Hôpital  
Quartier Nicolas Rue La Fontaine  
10 56,57 - MOHAMMEDIA

NovoRapid® FlexPen®  
100 U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3 ml  
PPV : 571,00 DHS



LOT : 231511  
EXP : 10/2026  
PPV : 57,80DH

Rue Safi, Imm. Ismaïl, 1er étage Appat 4 - Mohammedia

Tél : 05.23.31.47.47 - Urgence : 06.61.93.20.28

E-mail : leilabelhadi3@gmail.com



# Pharmacie de L'HOPITAL - Mohammédia

MOHAMED DRISSI NABIH



Devis N° DEV-2

Valable jusqu'au : 23/12/2023

khiate ep rahhazli fatima

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ON CALL PLUS BANDELETTES B50	1	160,00	3	160,00

Code de TVA	1	2	3
Taux	0%	7%	20%

Total HT	133,33 DHS
TVA	26,67 DHS
<b>Total</b>	<b>160,00 DHS</b>

Arrêté le présent devis à la somme de : cent soixante DHS

PHARMACIE DE L'HOPITAL  
Quartier Nicolas Rue La Fontaine  
2057 - MOHAMMEDIA  
Tél: (03) 31-51-66