

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.

Biologie 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.

Éducation :

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 canalaires, 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 canalaires.

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

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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 067199

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3068

Société : 37438

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BABA KHA DIDOUJ

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 4/8/20

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 08/09/20

Signature de l'adhérent(e) :

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
9/10/20	GAB	20		
INP: 09 10 244 89				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HANK	09/10/20	556,00
092024017		

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

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		G	B	C
D				
25533412	00000000	21433552	00000000	
00000000	35533411	00000000	11433553	
[Création, remont, adjonction]				
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Bennani Abdelilah

Cabinet Médical spécialisé en :

- ENDOCRINOLOGIE

- DIABETE

- NUTRITION

(Sur Rendez-Vous)



الدكتور بناني عبد الله

عيادة متخصصة في :

- أمراض الغدد الهرمونية

- السكري

- التغذية

(بالموعد)

Casablanca, le :

4/8/20

Dr. Bennani

$$6,80 \times 3 = 20,40$$

Levamisole 25

19,10

$$40,00 \times 3 = 120,00$$

glema 2

14,10

$$43,00 \times 3 = 129,00$$

Anglon 5

17,10

Protol 20

1/10/100

CABINET DOCTEUR

BENNAI Abdelilah

Spécialité : Endocrinologie - Nutrition

433, Bd. Mohammed V 2ème Etage BORDJ

Tel : 03 22 40 33 34 - GSM : 06 63 08 09 17

INP : 091024488

269,40

PHARMACIE EL HANK



Horaire de Consultation:

Lundi - Vendredi : 9h - 17h

Samedi (matinée) : 9h - 13h

433, شارع محمد الخامس، الطابق الثاني، رقم 5 - (قرب ساحة آل ياسر) الدار البيضاء - الهاتف 34 / 35

Appt N° 5 - (à côté du Rond Point Albert 1^{er}) Casablanca - Tél./Fax : 05.22.40.33.34 / 35

09 09 47 - Email : abdel.benn@hotmail.fr

INP : 09 10 244 89

40,00
PPV: 40DH00
PER: 05/22
LOT: J1498

GLEMA® 2 mg
Glimépiride
30 comprimés



6 118000 041207

40,00
PPV: 40DH00
PER: 05/22
LOT: J1498

GLEMA® 2 mg
Glimépiride
30 comprimés



6 118000 041207

40,00

PPV: 40DH00
PER: 05/22
LOT: J1498

GLEMA® 2 mg
Glimépiride
30 comprimés



6 118000 041207

PPV: 43DH00
PER: 04/22
LOT: J1295

ANGLOR® 5 mg
Amlodipine
30 comprimés



6 118000 042006

PPV: 43DH00
PER: 04/22
LOT: J1295

ANGLOR® 5 mg
Amlodipine
30 comprimés



6 118000 042006



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

7862160335



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

7862160335



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

7862160335

PPV: 43DH00
PER: 04/22
LOT: J1295

ANGLOR® 5 mg
Amlodipine
30 comprimés



6 118000 042006

Docteur Bennani Abdelilah

Cabinet Médical spécialisé en :

- ENDOCRINOLOGIE

- DIABETE

- NUTRITION

(Sur Rendez-Vous)



الدكتور بناني عبد الله

عيادة متخصصة في :

- أمراض الغدد الهرمونية

- السكري

- التغذية

(بالموعد)

Casablanca, le :

Dr. Bennani Abdelilah
Spécialiste
ENDOCRINOLOGIE - DIABETE - NUTRITION
443, Bd. Mohammed V
Tél : 05 22 40 33 34 - Casablanca
INP : 071024489

PHARMACIE EL HANK
092024017

9/11/20

PHARMACIE EL HANK
Imm 36, Bd. Mohammed V, Casablanca
Tél : 05 22 40 33 34
ICE : 00197 195 / 0089 60

- Baza Khedaj

INP : 09 10 244 89

5430



- Diaminon 1000

6,30 x 2



- Cendryne 20 (750)

122,10

+ Altec 5 (Triatec 5)



+ Cendryne 100

Traitement
de Trois (3) Mois
(Renouvelable)

+ Sodrix 150

22,00 x 3

32,00 Charles

Lundi - Vendredi : 9h - 17h

Samedi (matinée) : 9h - 13h

Horaire de Consultation:

+ - Bzndelid (Blenid)

Dr. Bennani Abdelilah
Spécialiste
ENDOCRINOLOGIE - DIABETE - NUTRITION
443, Bd. Mohammed V
Tél : 05 22 40 33 34 - Casablanca
INP : 071024489

556,00


(21)
(23)
(2) de 50

BIONIME
Blood Glucose Test Strip

2021-06-02
211970401

LOT

GM300 use with
GS300




BIONIME
Blood Glucose Test Strip

2021-06-02
211970401

LOT

GM300 use with
GS300




22,00

Clartec 10 mg boîte de 10 comprimés



6 118000 090205

6 118001 102006

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

7862160335

6 118001 102006

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

7862160335

122,10

TRIATEC® 5mg
30 Comprimés




6 118000 090192

54,30

DIAUCON® 30 mg
30 comprimés à libération modifiée




6 118000 100072

22,00

Clartec 10 mg boîte de 10 comprimés



6 118000 090205

LOT : 7678
UT. AV : 02-23
P.P.V : 22 DH 00



32,00

Clartec 10mg
boîte de 15 comprimés




6 118000 090212

☒ **valable 3 mois**

Le 09/07/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M.

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Traitement
de Trois (3) Mois
(Renouvelable)

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)