

# 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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

clamation : contact@mupras.com  
se en charge : pec@mupras.com  
nexion et changement de statut : adhesion@mupras.com

S'engage à respecter la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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

ND 48 903

Déclaration de Maladie : N° P19- 0013795

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03443

Société : Royal air maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENBACHIRAH Smail

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : Lissafa 2 Rue A N° 24 Casab

Tél. : 0661216312

Total des frais engagés : 2747,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

INP : 091019786

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BENBACHIRAH Smail

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dyslipidémie + Hypertension

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'adhérent ou au médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casab

Le : 23 NOV 2010

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
15.10.3	C 2		28000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صياغة PHARMACIE KM 9 Dr. OUADII Soraad ssasia 1 Tel. 05 22 65 00 INPE 092036789</p>	15/10/20	2461,60

## 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'ODT.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the 12th edition of the International System of Units (SI) with the following base units and dimensions:

- Length:** Metre (m)
- Mass:** Kilogram (kg)
- Time:** Second (s)
- Electric Current:** Ampere (A)
- Temperature:** Kelvin (K)
- Amount of Substance:** Mole (mol)
- Luminous Intensity:** Candela (cd)

### **(Création, remont, adjonction)**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

Dr. BENABBES 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. زين جباس التمارجي  
اختصاصية في أمراض الغدد - السكري  
السمنة والهرمونات

خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس  
بالموعد

## ORDONNANCE

BENBACHRAH SMAIL

68,85 x 5

• Odia 4 mg  
1 COMP MATIN AVT REP 4 MOIS

45,2 x 2

• Glucophage 850 mg

1 COMP /J AP REP 4 MOIS

116,8 x 4

• Lipanthal 160 mg

1 COMP LE SOIR AP REP 4 MOIS

390,05 x 4

• Galvus met 50 mg/1000 mg

1 COMP X2 /JOUR AP REP 4 MOIS

Casablanca, le :

15/10/2020

S.V. S.V.

S.V. S.V. S.V.

S.V. S.V.

S.V.

S.V.

صيادلة كيلومتر 6  
PHARMACIÈ KM 9  
Dr. OUADILI Souad  
Issasta 1 - Tél : 05 22 65 00  
INPE : 092036788

Casablanca - Tel. 05 22 93 31 49  
Immeuble Communal 1<sup>er</sup> Etage  
Route d'Azemmour  
Dr. BENABBES TAARJI F.Z

maphar O  
ZI Zenata Ain Sébâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116,80 DH  
6 118001 181636  
608070A

maphar O  
ZI Zenata Ain Sébâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116,80 DH  
6 118001 181636  
608070A

608070A

maphar O  
ZI Zenata Ain Sébâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116,80 DH  
6 118001 181636  
608070A

maphar O  
ZI Zenata Ain Sébâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116,80 DH  
6 118001 181636  
608070A

MERCK

Glucophage® 850 mg O  
60 Comprimés pelliculés  
6 118000 080640

45,20

MERCK

Glucophage® 850 mg O  
60 Comprimés pelliculés  
6 118000 080640

45,20

