

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Endocrinologie 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 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

Nº P19- 0040429

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

222%

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0847 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AMJOUZI SAID

Date de naissance : 01/01/49

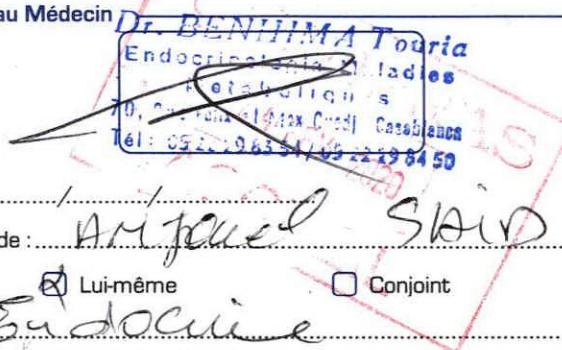
Adresse : 84A RESIDENCE DES ROSES APP 27 RUE AL OURWI

Bouskoura CASABLANCA

Tél. : 06 132 14 100 / 05 22 34 48 10 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : AMJOUZI SAID Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Endocrinie

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 : 28/01/2020

Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-040429

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 847

Nom de l'adhérent(e) : AMJOUZI

Total des frais engagés : 665 Dhs

Date de dépôt : 19/01/2020

#### **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
28/11/2015 C2		1	300,00	Dr. BENHIMA Endocrinologue 10, Rue... Signature

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. MRAIEBI Mouad 59 Bd. Barrechid Ain Chock Casa - Tel: 0522 50 89 11	28/01/2020	335,000 Dhs

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **VOLET ADHERENT**

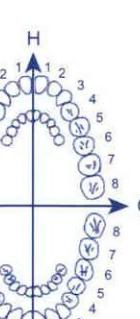
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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

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 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

# Docteur Benhima Touria

Diplômée de la Faculté de Médecine de Toulouse

SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE

ET MALADIES METABOLIQUES

Diabète - Obésité - Nutrition

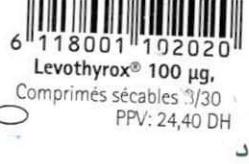
Cholestérol - Glandes - Stérilité

Ménopause - Andrologie

Sur rendez-vous



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

لـدكتورة بنـهـيـمة تـرـى  
خـرـيـجـةـ كـلـيـةـ الطـبـ بـتـولـىـ  
اـخـتـصـاصـيـةـ فـيـ اـمـرـاـضـ الـغـدـرـ  
الـهـرـمـوـنـيـةـ

الـسـكـرـ -ـ التـقـدـيـةـ -ـ السـمـنـةـ

الـإـضـطـرـابـاتـ الـهـرـمـوـنـيـةـ الـجـنـسـيـةـ

الـكـوـلـيـسـتـرـوـلـ -ـ الـعـقـمـ

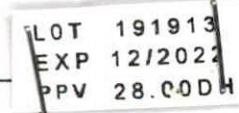
بـالـمـوـعـدـ



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

Casablanca, le 28/1/2020

Arjoune & Smaïd



4x 24,40

Levotyrox 100 = 1 - 0 - 0



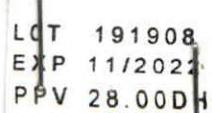
3x 6,80

Levotyrox 25 = 1/2 - 0 - 0



6x 28,00

Glucophage 1000 = 0 - 1 - 1



No col 20 = 0 - 0 - 1/2 / 2 jours

Izandésic 75 = 0 - 1 - 0

1x 49,60

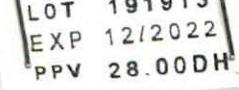
2 cure 100.000



335 DH

1 cure 13.500

Dr. BENHIMA Touria  
Endocrinologie Maladies  
Métaboliques  
70, Rue Félix et Max Guedj  
Tél : 022.29.84.50 / 29.83.54  
Fax : 022.29.84.50 / 29.83.54  
e-mail : benhima.touria@orange.fr



3:

Cardiosup

Regime : - DM + +  
- triglycerides  
- cholestérol. /x  
"Rénat" nommé

PPV: 49,60 DH  
LOT: 191902/8  
EXP: 12/2022

28,00



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