

# 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.

## adiologie 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.

## ptique :

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.

## entaire :

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

ND: 87 62

## Déclaration de Maladie : N° P19-0011103

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 847 Société : RAM (RETIREE)

Actif  Pensionné(e)  Autre : \_\_\_\_\_ Date de naissance : 01/01/49

Nom & Prénom : AMJOUEL SIDI  
Adresse : 84 A RÉSIDENCE DES SITES APT N° 7 BEAUSOLEIL

Tél. 06 13 21 41 00 / 06 22 39 48 12 Total des frais engagés : 740,90 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

DR BEN HMDI Touria  
Endocrinologue à la clinique  
Familiale de Casablanca  
70, Rue El Moudawine Casablanca  
Tél : 05 22 20 65 54 / 05 22 29 84 50

#### Cachet du médecin :

#### Date de consultation :

Nom et prénom du malade : AMJOUEL SIDI Age : 01/01/49

#### Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

#### Nature de la maladie :

En

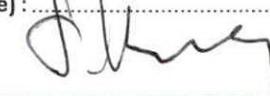
#### En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 22/04/2020

Signature de l'adhérent(e) : 

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0011103

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) : AMJOUEL  
 Total des frais engagés : 740,90  
 Date de dépôt :

# 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
20/04/2020 C2	A	300,00		<p style="text-align: right;"><i>D. BENHIMA Touria Endocrinologue 70, Bd Bourguiba 1000 Casablanca Tél: 05 22 22 83 54 / 05 22 29 84 50</i></p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Mouad 59, Bd. Bourguiba Ain Chock Casa - Tel: 0522 50 89 41</i>	22/04/2020	440,96

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

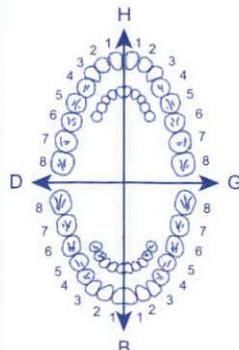
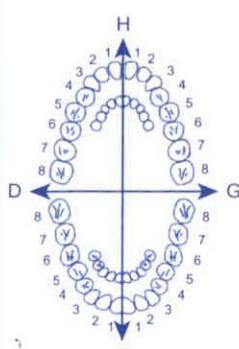
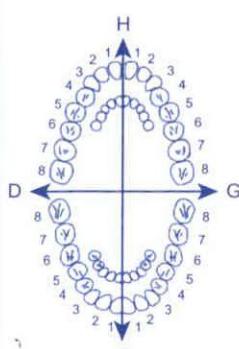
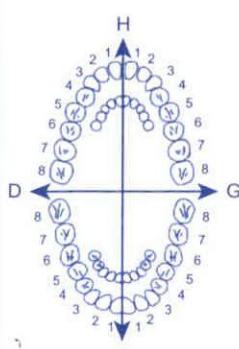
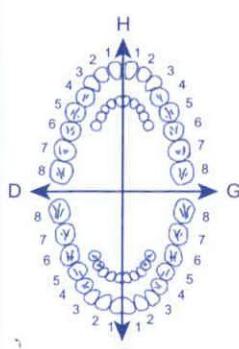
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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'Oral.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
				
DATE DU DEVIS				DATE DE L'EXECUTION
				

**H** 25533412 21433552  
**D** 00000000 00000000  
**G** 00000000 00000000  
**B** 35533411 11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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

الدكتورة بنهمة ثريتة

خريجة كلية الطب بتولوز

اختصاصية في أمراض الغدد

الهرمونية

السكر - التغدية - السمنة

الإضطرابات الهرمونية الجنسية

الكوليسترون - العقم

بأيُّوْد

Casablanca, le 20/6/2020

Amoue Sain

24,40x4 Levostrep 100

6,80x4 Levostrep 25

23,60x8 Glucophage 1000 = 0 - 1 - 1

Nocte 20 0 - 0 - 1/2 / 2jou

30,70x3 Kandésic 25 - 0 - 1 - 0

Diane 100.000

Hc pour 13mai

U' cardioselus

Regime

Total 440,000M

- Dns

- triglycéïd

- cholestr + ++

- de l'ol + ++

CHIRALI Mouda  
Cas. Bld. Bouskoura An Chouek  
Tél: 0522 50 69 14

Dr. BENHIMA Touria  
Endocrinologist  
Boulevard Félix Max Guedj  
70 Rue Félix Max Guedj  
Tél: 0522 29 83 54 / 0522 84 50

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 300H70

KAROEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70

KARDEGIC 75 MG  
SACHEL B30  
P.P.V : 300H70  
6 118002 061847

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

6 118001 102906  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

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

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

7862160335

~~LOT 191917  
EXP 12/2022  
PPV 28.00DH~~

~~LOT 191907  
EXP 11/2022  
PPV 28.00DH~~

LOT 191913  
EXP 12/2022  
PPV 28.00DH

LOT 191907  
EXP 11/2022  
PPV 28.00 DH

LOT 191907  
EXP 11/2022  
PPV 28.00DH

LOT 191908  
EXP 11/2022  
PPV 28.00DH

LOT 191498  
EXP 10/2022  
PPV 28.00DH

LOT 191907  
EXP 11/2022  
PPV 28.000DH