

# 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.

## **Pathologie 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.

## **Prothésiste :**

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 à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hôpital Casablanca 20000 - Tél: +05 22 20 45 45 (LG) - Fax: 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

N° M20- 0008742

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 00291

Société :

RAM 58631

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAKHDID

Jhoni

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



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

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 :

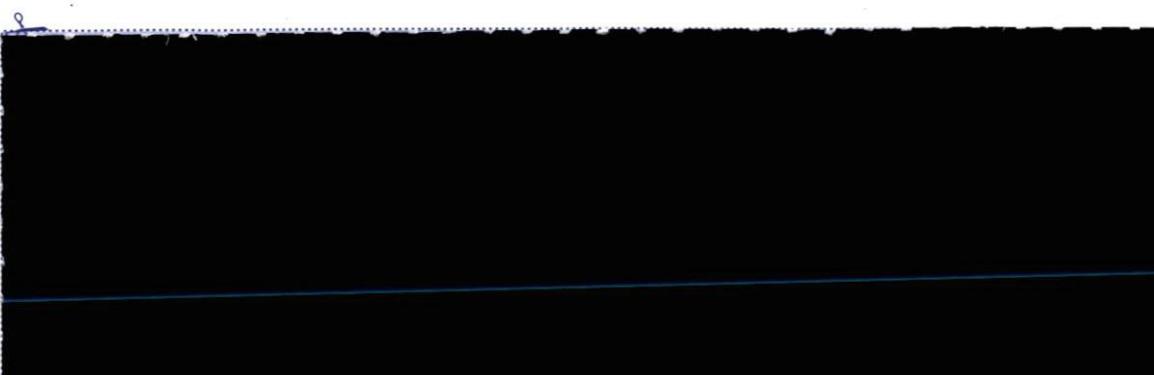
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

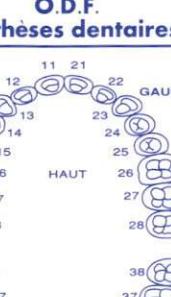


## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées                            | Nature des soins          | Coefficient               |  |
|---|---|---------------------------|---------------------------|--|
|  |   |                           |                           | <b>Coefficient des travaux</b><br><br><input type="text"/> |
|   |   |                           |                           | <b>Montant des soins</b><br><br><input type="text"/>       |
|   |   |                           |                           | <b>Début d'exécution</b><br><br><input type="text"/>       |
|   |   |                           |                           | <b>Fin d'exécution</b><br><br><input type="text"/>         |
| O.D.F.<br>Prothèses dentaires   | Détermination du coefficient masticatoire |                           |                           |  |
|  | D   | H<br>25533412<br>00000000 | G<br>21433552<br>00000000 | <b>Coefficient des travaux</b><br><br><input type="text"/> |
|   |   | D<br>00000000<br>35533411 | G<br>00000000<br>11433553 | <b>Montant des soins</b><br><br><input type="text"/>       |
|   |   |                           |                           | <b>Date du devis</b><br><br><input type="text"/>           |
|   |   |                           |                           | <b>Fin d'exécution</b><br><br><input type="text"/>         |
| Visa et cachet du praticien<br>attestant le devis                                 |   |                           |                           | Visa et cachet du praticien<br>attestant l'exécution       |

|   |                |   |
|---|----------------|---|
| <b>VOLET ADHERENT</b>   | NOM :          | <b>Mle</b>  |
| <b>DECLARATION N°</b> <b>P 17 / 0063203</b>   |                |  <b>MUPRAS</b><br>Mutuelle de Prévoyance<br>& d'Actions Sociales<br>de Royal Air Maroc |
| Date de Dépôt   | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes  |
|   |                |   |
| <b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b><br>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle |                |   |



P 17 / 0063203

## DATE DE DEPOT

1201

|   |                                      |                                 |                                 |
|---|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT                          |                                      | Mme <u>oal 94</u>               | Signature de l'adhérent         |
| Nom & Prénom <u>BAKDI Thami</u>                   |                                      | Fonction <u>Représentant</u>    |                                 |
| Mail _____  |                                      | Phones _____                    |                                 |
| MEDECIN   | Prénom du patient <u>BAKDI Thami</u> |                                 |                                 |
| Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>      | Conjoint <input type="checkbox"/>    | Enfant <input type="checkbox"/> | Age _____                       |
| Nature de la maladie, <u>Diabète ID</u>           |                                      | Date <u>94.12.22</u>            |                                 |
| Date 1ère visite _____                            |                                      |                                 |                                 |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances |                                      |                                 |                                 |
|   |                                      |                                 |                                 |
| Nature des actes                                  |                                      | Nbre de Coefficient             | Montant détaillé des honoraires |
| <u>C</u>  |                                      | <u>2</u>                        | <u>2500 HT</u>                  |
| PHARMACIE   | Date <u>6/12/90 HT</u>               |                                 |                                 |
| Montant de la facture <u>1473,60 HT</u>           |                                      |                                 |                                 |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date _____               |                                      |                                 |                                 |
| Désignation des Coefficients                      |                                      | Montant détaillé des Honoraires |                                 |
|   |                                      |                                 |                                 |
|   |                                      |                                 |                                 |
| CACHET  |                                      |                                 |                                 |
| AUXILIAIRES MEDICAUX Date _____                   |                                      |                                 |                                 |
| Nombre  |                                      |                                 |                                 |
| AM  | PC                                   | IM                              | IV                              |
| Montant détaillé des Honoraires                   |                                      |                                 |                                 |
|   |                                      |                                 |                                 |
| CACHET  |                                      |                                 |                                 |

Docteur. 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



الدكتور ف. ز. بن جعفر التمارجي

اختصاصية في أمراض الغدد - السكري

السمنة والهرمونات

خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس  
بالموعد

## ORDONNANCE

Casablanca, le : 04/12/2020

BAKIDID THAMI

764,00

- Lantus solostar 100u/ml  
12 UT MATIN AVT REP 3 MOIS

51,70x6

- Glynorm 1 mg  
1 COMP MIDI 1 COMP LE SOIR AVT REP 3 MOIS

75,10x3

- EPYCA 75 mg  
1 COMP X 2 PAR JOUR AP REP X 3 MOIS

87,30

- Dermofix 2% ~~creme~~  
2APP / J

84,90

- Dermofix 2% ~~creme~~  
2 APP / J

92,40

- Mycoflu 150 mg  
1 GEL / SEMAINE

1473,40

Dr. F. Z. BENABBES TAARJI F.Z.  
Endocrinologue & Diabetologue  
Zaouia Route d'Azemmour  
10m. Commune d'Hay Hassani  
Casablanca - Tel. 0522 93 31 49

PHARMACIE SOUFIANE  
Groupe K, Rue 154 N° 23/25  
El Oulta - Casablanca  
Tel. : 05 22 89 09 63  
I.C.E. : 000500246000026

PHARMACIE FLANE  
Groupe K, Rue 154 N° 23/25  
El Oulta - Casablanca  
Tel. : 05 22 89 09 63  
I.C.E. : 000500246000026

Angle Route d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal 1<sup>er</sup> Etage (à gauche)  
Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 0522 93 31 49 - GSM (Urgence) : 0522 90 07 85 / 0661 08 15 48 - E-mail : drbenabbes@

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lantus 100U/ml. inj b6 styr  
P.P.V : 744,00 DH

Barcode  
6 118001 081615

51,70

51,70

51,70

51,70

51,70

(PPV:75DH10)

باق الفم

(PPV:75DH10)

باق الفم

(PPV:75DH10)

باق الفم

LOT 20008  
PER 06/25  
PPV 87DH30

87,30

→ 34,140

LOT: 063  
PER: SEP 2023  
PPV: 22 DH 40

PHARMACEUTIQUE SQUEIANE  
Groupement Rue 154 N° 23/25  
El Oued - 22890 Casablanca  
Tel : 05 22 89 09 63  
I.C.E : 000500246000026