

# 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.

## Diagnostique 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.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



Déclaration de Maladie : N° P19-0003653

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3220 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :  
Nom & Prénom : BAK DIO Justo Date de naissance : 1945  
Adresse : St Sioli Andronhos Rua 40 No 22 ou 0 fe  
Tél. : 662247318 Total des frais engagés : + 2659 + Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/03/21  
Nom et prénom du malade : MARTIN HADIBA Age : 19/57  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Diabète  
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 fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
Fait à : CASA Le : 19/03/21  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

INP : 091019786

5 MARS 2021

ACCUEIL



# 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
10.03.21			250H	INP

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOUFIANE Groupe EL Oufia - Sousse Tel: 05 2 89 09 63 I.C.E : 000500_46300026	10/3/21	2409.00 DM

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

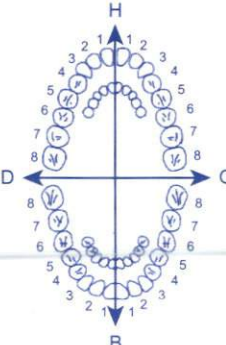
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				MONTANTS DES SOINS
		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000  35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> 00000000  11433553  <b>B</b> </div> </div>		Coefficient DES TRAVAUX
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur. BEN'ABBES 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



البركتورة ف. ز. بن عباس (التعارفي)

إختصاصية في أمراض الغدد - السكري

السمنة و الهرمونات

خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس

بالموعد

## ORDONNANCE

PHARMACIE SOUTANE  
Groupe K. 131 - 132 - 133 - 134 - 135 - 136 - 137/25  
Tél : 05 22 89 09 63  
I.C.E : 00060024600026

Casablanca, le : 26/03/2012

Dr. Marik Harbati

111.00 x 12

1) Humalog Mix 20/80 1000

03 min

2012 le matin  
26 45 min

2) Gellus Net 500 2000

99.00 x 3

2409.00

Dr. Ben'Abbes Taarji F.Z  
Endocrinologue - Diabétologue  
Angle Route d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane  
Casablanca

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@hotmail.fr



LOT D259343F.4  
UT AV 05 2023  
PPV 777.00 DH

LOT D259343F.4  
UT AV 05 2023  
PPV 777.00 DH

LOT D259343F.4  
UT AV 05 2023  
PPV 777.00 DH

LOT D259343F.4  
UT AV 05 2023  
PPV 777.00 DH

LOT D259343F.4  
UT AV 05 2023  
PPV 777.00 DH

LOT D259343F.4  
UT AV 05 2023  
PPV 777.00 DH

LOT D259343F.4  
UT AV 05 2023  
PPV 777.00 DH


LOT D259343F.4  
UT AV 05 2023  
PPV 777.00 DH

LOT D259343F.4  
UT AV 05 2023  
PPV 777.00 DH

LOT D259343F.4  
UT AV 05 2023  
PPV 777.00 DH

LOT D259343F.4  
UT AV 05 2023  
PPV 777.00 DH

LOT D259343F.4  
UT AV 05 2023  
PPV 777.00 DH

  
6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

  
6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

LOT 191741  
EXP 07/2022  
PPV 99.00 DH

LOT 191741  
EXP 07/2022  
PPV 99.00 DH

LOT 191741  
EXP 07/2022  
PPV 99.00 DH

PHARMACIE SOUFIANE

Groupe Pharmacie N° 25/25  
EL OUBRA  
Tél : 00050024600026

I.C.E : 00050024600026