

# 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.

## tique :

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.

## ntaire :

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 054925

Optique 64059  Autres

### Maladie

### Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **03443**

Société : **R.A.M**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BEN BACHRAH SHAIL**

Date de naissance : **1948**

Adresse : **HASSAF 2<sup>e</sup> Bloc A N° 24  
Casablanca**

Tél. : **063524940** Total des frais engagés : **2642,80** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**INP : 091019786**

Date de consultation : **15/02/2012**

Nom et prénom du malade : **BEN BACHRAH SHAIL** Age : **71**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Diabète + 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'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 : 15/02/2012**

Signature de l'adhérent(e) :

**ACCUEIL**

#### **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
15-2-21	CC	250 DH		INP : 091019786 

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE KM 9</b> <i>Dr. OUADILI Souad</i> <i>ssasia 1 - Tél. 05 22 65 00</i> <i>INPE : 099936799</i>	<i>15/02/24</i>	 <b>9392,83</b>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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<sup>®</sup> ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de la

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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



**الدكتورة فـ. زـ. بنـ جـانـ التـارـجـي**  
اختصاصية في أمراض الغدد - السكري  
السمنة والهرمونات

خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس  
بالموعد

## ORDONNANCE

Casablanca, le : 15/02/2021

BENBACHRAH SMAIL

68,80 x 4

- Odia 4 mg  
1 COMP MATIN AVT REP 4 MOIS

45,20 x 2

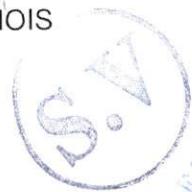
- Glucophage 850 mg  
1 COMP /J AP REP 4 MOIS

116,80 x 4

- Lipanthyl 160 mg  
1 COMP LE SOIR AP REP 4 MOIS
- Galvus met 50 mg/1000 mg  
1 COMP X2 /JOUR AP REP 4 MOIS

390,00 x 4

= 2392,80



صيدلية كم 9  
PHARMACIE KM 9

Dr. GUADILI Souad

issasta 1 - Tél : 05 22 65 00  
INPE : 0922035789

Dr. BENABBES TAARJI F.Z  
Endocrinologue et Diabétologue  
Angie Rente et Diabète  
Casablanca, Tél: 0522 93 31 49

LOT 202739 1

EXP 01 2024

68,80  
PPV : 68,80 DH



608070A

maphar ○  
ZI Zenata Aïn Sébâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390,00 DH



608070A

maphar ○  
ZI Zenata Aïn Sébâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390,00 DH



608070A

maphar ○  
ZI Zenata Aïn Sébâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390,00 DH

LOT 202739 1

EXP 01 2024

68,80  
PPV : 68,80 DH



LOT 202739 1

EXP 01 2024

68,80  
PPV : 68,80 DH



LOT 202739 1

EXP 01 2024

68,80  
PPV : 68,80 DH



6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390,00 DH



LOT 201451  
EXP 11/2025  
PPV 45,20DH

Glucophage® 850mg

60 Comprimés pelliculés



LOT 201452  
EXP 11/2025  
PPV 45,20DH

Glucophage® 850mg

60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640