

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## entaire :

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

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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

N° P19- 059632

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 478 Société : R.A.M. 65146

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ECHCHERKI Omar

Date de naissance : 1945

Adresse : même adresse

Tél. : 0522 911581 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin Dr Jamal Eddine BENHAMA

Cachet du médecin :

Diabétologie - Diététique  
Médecine Générale  
266 Rue Sidi El Khadir Dero Nejma  
Hay Hassani - Casablanca  
06 44 73 6 91

Date de consultation : 13 / 3 / 21

Nom et prénom du malade : ECHCHERKI Omar Age : 1545

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : DIABETE MELLITE TYPE 2

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

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 : 30 / 3 / 2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
15/07/21	4		180,00	Dr. Jamal Eddine Djalil Dentiste 266 Rue Sidi El Khadir May Hassan - Casablanca

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Al Oula Dr. Chalak Haj Nassir Pharmacien en Pharmacie Oued S6600 - El Oula CASABLANCA Tél: 05 22 80 53 45 Fax: 05 22 80 53 45 001541468000057	15/07/21	1557,12

# 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	

# 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

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D </div> <div> 21433552  00000000  G  00000000  00000000  35533411  B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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

Dr. Jamal Eddine BENHIMA

Médecine Générale

Diplômé de la Faculté de Montpellier

en Diabétologie

Dietétique Médicale

Thérapeutiques Hormonales

الدكتور جمال الدين بنهيمه

الطب العام

خريج كلية مونبيلي  
في داء السكري

8-0267-73-230-1

التغا

Mixard® 30 Penfilie  
1000U/ml  
Suspension injectable  
5 cartouches de 3ml  
PPV : 350 DH



6 118001 120246

LOT : 20E074  
PER.: 11 2023

METFORMINE WIN 1000MG  
CP PEL B30  
P.P.V.: 190DH90



6 118000 062141

Casablanca, le :

13/3/24

regime maitenance par

regime azin

regime coupe

Mixard 30 PF

16-11-24 = 14 J  
18-11-24 = 10 J

metformine

1200mg/30

1200mg/30

1200mg/30

1200mg/30

1200mg/30

1200mg/30

1200mg/30

LOT : 20E042  
PER.: 06 2023

METFORMINE WIN 1000MG  
CP PEL B30

P.P.V.: 190DH90



6 118000 062141

LOT : 20E074  
PER.: 11 2023

P.P.V.: 190DH90

METFORMINE WIN 1000MG  
CP PEL B30

LOT : 20E074  
PER.: 11 2023

METFORMINE WIN 1000MG  
CP PEL B30

P.P.V.: 190DH90

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

7862160342

Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

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

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

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

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

N°266, Rue Sidi El Khadir, Derb Nejma - Hay

CASABLA

رقم 266، زنقة سيدي الخدير، درب النجمة - الحي الحسني - الدار البيضاء - الهاتف : 06 44 79 10 91 - المحمول : 06 61 06 76 30



Lot 200341  
EXP 02/2023  
PPV 79.000DH

79,00

39,00

39,00

37676E  
6 118000 050247  
44.00 DHS  
Prix public de Vente  
Maroc

79,00

63,20

63,20

63,20

LOT 200712  
EXP 01/2023  
PPV 52.800DH

LOT 200712  
EXP 01/2023  
PPV 52.800DH

LOT 201158  
EXP 04/2023  
PPV 52.800DH

LOT 201158  
EXP 04/2023  
PPV 52.800DH

PPC: 135.00 DHS

PPC: 135.00 DHS

LOT 1201  
26025021  
2022-04-16  
2020-07-17

PHARMACIE AL GUARD  
S. CHALAK H. AL GUARD  
Docteur en Pharmacie  
55, Av. Oued Sebti  
Tél / Fax : 05 22 55 55 55  
ICE : 00154

146,00  
+ 146,00  
39,00 x 2  
x 9,00 x 3  
63,20  
x 4  
52,80  
x 4  
135,00  
x 2  
157,00

Donnez

BRASIN

MZFSM

27125

20125

Brown

PHARMACIE AL OUARD  
S. CHALAK Haj Nassar  
Docteur en Pharmacie  
55, Av. Oued Sebou - El Oulfa  
Tél / Fax : 05 22 90 53 45  
CASABLANCA  
ICE : 001541468000057

FACTURE

N°

A *Cash* Le *15/03/2021*

M *Echekou* 2 MAR

Doit

QUANTITE	DESIGNATION	PRIX U.	TOTAL
2	<i>Bandellite Acouché</i>	<i>135,00</i>	<i>270,00</i>
<i>La facture est anti-élu m d</i> <i>deux cent soixante dix d'ks</i>			
<p>PHARMACIE AL OUARD S. CHALAK Haj Nassar Docteur en Pharmacie 55, Av. Oued Sebou - El Oulfa Tél / Fax : 05 22 90 53 45 CASABLANCA ICE : 001541468000057</p>			



FACTURE

N°

A

Clem

Le

15/03/2021

M

Echchouk 5 MAR

Doit

QUANTITE

DESIGNATION

PRIX U.

TOTAL

2

B andellite Acachouk

135,00

270,00

2 Facture et autre etc on de  
deux cent dix-neuf dis de