

# 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.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Educations :

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  
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

N° P19- 0026738

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 334 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Rabia LABHAR

Date de naissance :

Adresse : 1111958

N° 720 Blec 625 DB El Wanda Hay Hassani, Sige

Tél. : 0639963293 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. Jamal Eddine BENHIMA

Diabétologie Diététique  
Médecine Générale  
266 Rue Sidi El Khadir Darb Nejma  
Hay Hassani - Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/4/21

Nom et prénom du malade : SUR MOON LABHAR Age : 14/17

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

Nature de la maladie : ALZHEIMER NON TUMORALE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 02/04/2021

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 13 AVRIL 2021

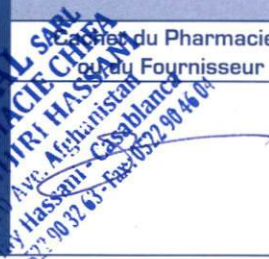
ACCUEIL

# 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

|          |    |  |       |                                                                                    |
|----------|----|--|-------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 12/10/21 | Ca |  | 18900 |  |
|          |    |  |       |                                                                                    |
|          |    |  |       |                                                                                    |
|          |    |  |       |                                                                                    |
|          |    |  |       |                                                                                    |
|          |    |  |       |                                                                                    |
|          |    |  |       |                                                                                    |
|          |    |  |       |                                                                                    |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                           | Date     | Montant de la Facture |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
|  | 12/09/21 | 801.00                |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

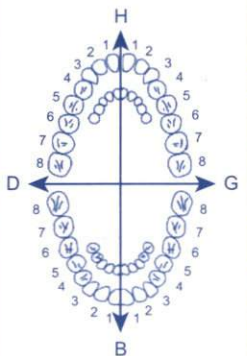
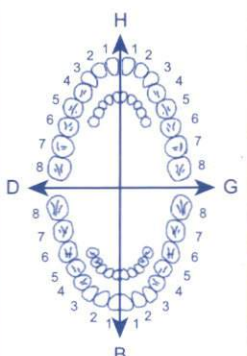
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

| SOINS DENTAIRES                                                                       | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                          | Nature des Soins | Coefficient                                  |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                              | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                              | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                              | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                              | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                              |                                              |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES                                                             | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 00000000 G<br>35533411 11433553<br>B<br>(Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |                                              |
|  |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                              | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                              | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                              | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                              |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                              |                                              |

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 Médecine

en Diabétologie

Dietétique Médicale

Thérapeutiques Hormonales

**REVEAL SARL**  
**PHARMACIE CHIFA**  
**M. TAHIRI HASSANI**  
10 Ave. Afghanistan  
Casablanca  
Tél: 0522 90 46 00  
Fax: 0522 90 46 00

الدكتور جمال الدين بنهيمية

الطب العام

خريج كلية مونبيلي  
في داء السكري

التغذية والحمية

العلاج الهرموني

رسمان

Casablanca, le : 11/04/21 ، الدار البيضاء

Sur votre vue

Prescription pour le traitement  
du diabète

Prescription pour le traitement

ANGLON

43.000

فصل 1

METAC

21.800

ورقة 3  
110.000

FENOL

ورقة 2

3.68.000

2019

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20J26  
EXP: 10/2023

PPV: 49,60 DM  
LOT: 20J26  
EXP: 10/2023

ASPEGIC 100MG  
ACHETS B20

P.P.V : 21DH80

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80

LOT: 20E011F  
PER.: 05 2022

LOI:20E009  
PER:05 2022

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80

LOT : 20E010  
PER.: 11 2021

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80

LOT : 20E010  
PER.: 11 202

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

LOT 20F08B 1

EXP 06 2024

PPV 170.00 DM

11 DT 20F08B 1

FYP 06 202

PPV 110.00 D

101 201 000

EXP 06 202

PPV 110.00

6 118000 061113

**REVEAL**  
**PHARMACIE CH. A.**  
**M. TAHIRI HASSANI**  
10 Ave. Afghanistan  
May Hassani - Casablanca  
30 32 63 - Fax: 0522 90 46 04

Dr. J. Diabelli  
Medecin  
266 Rue Sidi Khaou Jerb  
May Hassan - Casablanca



6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6.80 DH



Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6.80 DH

PPV: 43DH00

PER: 11/22

LOT: J3043

PPV: 43DH00

PER: 06/22

LOT: J1912

PPV: 43DH00

PER: 06/22

LOT: J1912

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336