

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## **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.

## **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 caractére 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)

83817

## **Déclaration de Maladie : N° P19- 0012484**

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 084 X

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMJOUEL SAD

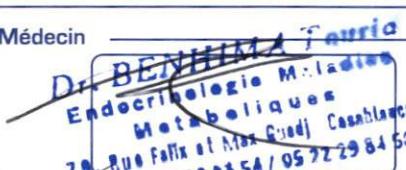
Date de naissance : 1949

Adresse : 84 A Résidence des Rosiers APOT N° 7 Ben Youssef Casablanca

Tél. 06 13 21 41 00 / 05 22 23 48 12 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/08/2021

Nom et prénom du malade : Am Youssef Sad Age : 72

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie : En 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 portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 26/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires Dr. | Code de la signature du Medecin<br>attestant le paiement des Actes          |
|-----------------|-------------------|-----------------------|-------------------------------------|---|
| 13/8/2021       | —                 |                       | Section 300,00                      | Metabolite<br>Dr. Max Gueld Casablanca<br>Tél: 05 22 29 51 50               |
| 26/8/2021       | (2)               |                       |                                     | Endocrinologie Marocaine<br>Dr. Max Gueld Casablanca<br>Tél: 05 22 29 51 50 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <i>Pharmacie MOURAD<br/>CHRAIBI MOUSSA<br/>69, Bd Ben Achid Aït<br/>Casa - Tél: 06 62 22 22 22</i> | 26-27-27 | 569.27                |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      | 3043034                      |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

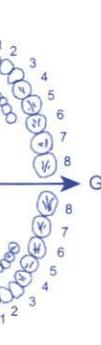
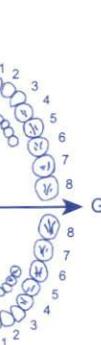
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

#### **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 ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

| 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  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|  | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | H                       | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 11433553 | G | 35533411 |  |
| H  | 25533412  | 21433552         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
| D  | 00000000  | 00000000         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
| B  | 00000000  | 11433553         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
| G  | 35533411  |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|  |   |                  |             | 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

# Docteur Benhima Touria

Diplômée de la Faculté de Médecine de Toulouse  
 SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE  
 ET MALADIES METABOLIQUES  
 Diabète - Obésité - Nutrition  
 Cholestérol - Glandes - Stérilité  
 Ménopause Andrologie  
 Sur rendez-vous

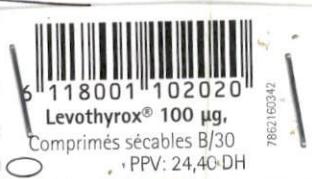


الدكتورة بنهمة تريمة  
 خريجة كلية الطب بتولوز  
 اختصاصية في أمراض الغدد  
 الهرمونية  
 السكر - التغدية - السمنة  
 الإضطرابات الهرمونية الجنسية  
 الكوليستروール - العقم  
باتموعد

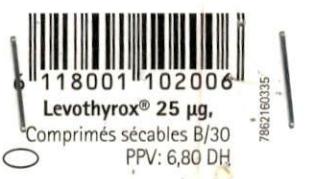
Casablanca, le 20/8/2021

Aujourd'hui

4x 24,40 Levothyrox 100 = 1 - 0 - 1



4x 6,80 Levothyrox 25 = 1 - 0 -



8x 28,10 Sinopharal 100 = 1/2 - 1/1

1x 07,20 Noval 20 = 0 - 0 - 1/2 Hauts et bas



4x 30,70 Kardegic 75 = 0 - 1 -



1x cure 100.000



1x cure pour 13 mois

Cardiothrix



Resins - DNIV

- triglycérides

- cholestérol et

- lipoprotéines

1x 569,20 Diflucan 50 - 1 - 0 - 0 ) 1 b750

Dr. BENHIMA Touria  
 Endocrinologue Maladienne  
 70, Rue Félix et Max Guedi Casablanca  
 Tel. 05 22 29 83 54 / 05 22 29 84 50



6 118001 102006  
Levotyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

LOT 210079  
EXP 01/2024  
PPV 28.00 DH

28,00

6 118001 102006  
Levotyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

\*7862160335

6 118001 102006  
Levotyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102020  
Levotyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160343

6 118001 102020  
Levotyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00