

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## armacie :

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.

## 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 caractére personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hôpital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

 Maladie Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1303 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : JABRI Jelassi

Date de naissance : 30.12.1944

Adresse : Chasseur HAVANE U93

Tél. : 0663051802 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/09/2021

Nom et prénom du malade : Jelassi Mounir Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Laryngite

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 : Casa

Signature de l'adhérent(e) : Jelassi Mounir

Le : 07/09/2021

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PARIS 1 <sup>e</sup> ET LOIRAN 15, rue de l'Oratoire 75011 PARIS	07/09/2021	274,00 + 15,80 <u>= 289,80</u>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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

# Docteur Amina BENZAOUIA

Oto - Rhino- Laryngologiste

Spécialiste des maladies de l'oreille du nez et de la gorge  
Exploration des Vertiges et surdités  
Allergologie - Endoscopie ORL  
Chirurgie cervico-faciale  
Ancienne interne du CHU Ibn Rochd  
Ancienne interne du CHU Pellegrin bordeaux



الدكتورة أمينة بنزاوية  
أخصائية أمراض الأنف والأذن والحنجرة

أخصائية في أمراض الأنف والأذن والحنجرة  
أخصائية في أمراض حفارة الأنف والأذن والحنجرة و العنق  
شخص المعلم والمدورة  
التشخيص بالمنظار الداخلي  
أمراض السنسنة  
طبية داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد  
طبية داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي لبوردو

03/09/2023

M. Mohamed Gabri

PHARMACEUTICALS  
Rabta El Jadida - Morocco  
2, Rue N° 10 Casablanca - California  
Tel: 0522 21 51 22

69,00

S.V

1 / Docinon sirup

LOT: 210431  
DLUO: 08/2024  
69,00DH

T827 4,00

55,00

S.V

2 / Sargam 200 mg gr

LOT: 20E020  
PER.: 02/2023  
SURGAM 200MG  
CP SEC B20  
P.P.V.: 55DH40  
6 118000 0600857

26,00x3 1 gr x 2 fl pot 0,7

3 ) Lereothyron S.V

1 gr / 100 ug 3 mois à maten

157, Lotissement Dandouine Sidi Maârouf, Tél : 0522780217  
E-mail : benzaouiaamina@gmail.com

AB Max 3

S.V

4/ Levothyrox Sang q

1 g / 1 g matin jett

S.V

3 mois.

6,80 x 3

5/ Levothyrox 2 Seng q

15,80 x 2

6/ Polygyno 1 ch 1 g qd 1 g matin jett

S.V 3 mois

~~Amina BEN YOUSSEF  
OTO-Rhino-Laryngologue  
157, Lot Dandoune, Sidi Maarouf  
Tel: 0522 28 02 17 - Casablanca~~

To 274,00  
+ 15,80  
= 289,80  
Pharmacie  
Casablanca

6 118001 102020  
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

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

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

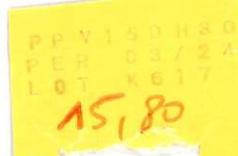
6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

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

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

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



7862160336

7862160335

7862160335