

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.

Educational :

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- 0026747

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 334 Société : 84.834

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Rabia LABHAR

Date de naissance : 1958

Adresse : N°710, Bloc 625, Derb El Warda, Hay Hassani

Tél. : 0632.9632.93 Total des frais engagés : 930,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Jamal Eddine BENHIMA
Diabetologie - Diététique
Médecine Générale
266 Rue Sidi El Khadir Derb Nejma
Hay Hassani - Casablanca
06 44 75 10 51

Date de consultation : 4/9/21

Nom et prénom du malade : SLIK MMA sec LABHAR Age : 158

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

Nature de la maladie : DIABETE HTA THERAPEUTIQUE D'ACCIDENT

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDENT ROUTIER

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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 4/9/21 | 6 | | 189,00 | <i>[Signature]</i> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

04/09/21 750,00

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

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

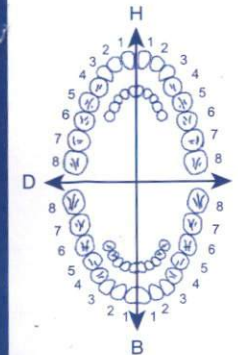
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور جمال الدين بنهيمه

الطب العام

خريج كلية مونيليا

ففى داء السكرى

التغذية والحماية

Thérapeutiques Hormonales

العلاج الهرموني

Casablanca, le : 4 1912 ، الدار البيضاء

SLIK At the free LABORA

120mg CHOLESTEROL SATURATED FAT 120
 120mg SUGAR 120
 120mg SODIUM 120

परिचय परिचय

nzuzuz covitz

ANGLOR ✓

43.00 x 3

U - 2

1 Ju 87,2

৯৮৫৮৮ ৯০০

2180K4,

L10 ANTUP/L 160

$$16.80 \times 3 = 350.40$$

D 622 for 5

1 сент 80 / 1910

3. man hat

REVEAL SARL
PHARMACIE CHIFA
 M. TAHIRI HASSANI
 10 Ave. Afghanistan
 Hay Hassani - Casablanca
 Tél: 0522 90 32 03 - Fax: 0522 90 4004

24 boxes
 200 TH 700 < 120
 13.60 x 3
 200 TH 700 < 50
 6.80 x 3
 200 TH 700 < 20
 1/2

73.2
 1/2
 40.20
 20.40
 750.00
 187.5

ANGLO® 5 mg
 Amlodipine
 30 comprimés



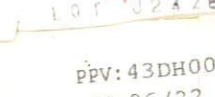
6 118000 042006

ANGLO® 5 mg
 Amlodipine
 30 comprimés



6 118000 042006

ANGLO® 5 mg
 Amlodipine
 30 comprimés



6 118000 042006

PPV: 43DH00
 PER: 06/22
 LOT: J1912

PPV: 43DH00
 PER: 04/23
 LOT: K1093



PPV: 49,60 DH
 LOT: 21F22
 EXP: 06/2024

LOT: 20E012
 PER: 07/2022
 ASPEGIC 100MG
 SACHETS B20
 P.P.V.: 21DH80
 6 118000 061113

LOT: 21E001
 PER: 11/2022
 ASPEGIC 100MG
 SACHETS B20
 P.P.V.: 21DH80
 6 118000 061113

LOT: 20E012
 PER: 07/2022
 ASPEGIC 100MG
 SACHETS B20
 P.P.V.: 21DH80
 6 118000 061113

LOT: 20E011F
 PER: 05/2022
 ASPEGIC 100MG
 SACHETS B20
 P.P.V.: 21DH80
 6 118000 061113

Dr. Jamal Eddine BENHIMA
 Diabète - Nutrition
 Médecine Générale
 266 Rue Sidi El Khadi Djou Nejma
 Hay Hassani - Casablanca

608070A
 508070A
 608070A

maphar
 ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
 LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
 PPV.: 116,80 DH
 6 118001 181636

maphar
 ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
 LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
 PPV.: 116,80 DH
 6 118001 181636

maphar
 ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
 LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
 PPV.: 116,80 DH
 6 118001 181636

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

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

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

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

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