

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.

Rééducation :

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° M21- 0060284

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03443

Société : RAM

91600

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN BACHRAH SMAIL

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : Lissafa II Bloc A N°24 Gola

Tél. : 0661 2163 78

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

INP: 091019786

Date de consultation : 18/10/2021

Nom et prénom du malade : BEN BACHRAH SMAIL Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète + Hyperlipémie

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 :

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
18.10.21	ca		280 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18.10.21	2392,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

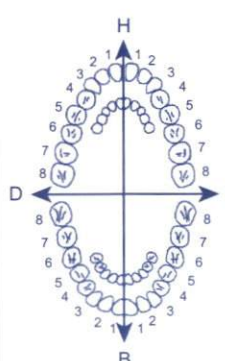
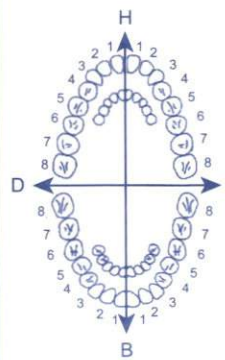
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 l'

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 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

Docteur. BENABBES TAARJI F.Z
Endocrinologue - Diabétologue

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol
Traitement de l'Obésité - Maigreux
Glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité

Diplômée de l'Université René Descartes Paris V
Sur Rendez-Vous



الدكتورة ف. ز. بن عباس الشعارجي

إختصاصية في أمراض الغدد - السكري
السمنة و الهرمونات

خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس
بالموعد

ORDONNANCE

Casablanca, le : 18/10/2021

BENBACHRAH SMAIL

68,80 x 4

- Odia 4 mg
1 COMP MATIN AVT REP 4 MOIS

U5, 20 x 2

- Glucophage 850 mg
1 COMP /J AP REP 4 MOIS

116,80 x 4

- Lipanthyl 160 mg
1 COMP LE SOIR AP REP 4 MOIS

390,00 x 4

- Galvus met 50 mg/1000 mg
1 COMP X2 /JOUR AP REP 4 MOIS

= 2392,80

PHARMACIE KM 9
Dr. OUADILI Souad
Issasta 1 - Tél : 05 22 65 00 1
INPE : 002036749

Dr. BENABBES TAARJI F.Z
Endocrinologue - Diabétologue
Angle Route d'Azemmour
Imm. Communal 1^{er} Etage
Casablanca - Tél : 0522 93 31 49

Angle Route d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal 1^{er} Etage (à gauche)

Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 0522 93 31 49 - GSM (Urgence) : 0522 90 07 85 / 0661 08 15 48 - E-mail : drbenabbes@hotmail.fr

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

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

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg ○
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390,00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg ○
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390,00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg ○
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390,00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg ○
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390,00 DH

LOT 211234
EXP 05 2024
PPV 68 80

أوفيا
4 mg
30 قرصا
من طريق الفم

ODIA® 4 mg
30 comprimés
AMM N° 259 DMP/21/NRQ
Remboursable AMO

6 118000 022183

45,20

LOT 2112
EXP 05 2024
PPV 68 80

أوفيا
4 mg
30 قرصا
من طريق الفم

ODIA® 4 mg
30 comprimés
AMM N° 259 DMP/21/NRQ
Remboursable AMO

6 118000 022183

45,20

Glucophage® 850mg ○
60 Comprimés pelliculés
6 118000 080640

Glucophage® 850mg ○
60 Comprimés pelliculés
6 118000 080640

LOT 211234
EXP 05 2024
PPV 68 80

أوفيا
4 mg
30 قرصا
من طريق الفم

ODIA® 4 mg
30 comprimés
AMM N° 259 DMP/21/NRQ
Remboursable AMO

8000 022183

LOT 210239
EXP 02 2024
PPV 68 80

أوفيا
4 mg
30 قرصا
من طريق الفم

ODIA® 4 mg
30 comprimés
AMM N° 259 DMP/21/NRQ
Remboursable AMO

6 118000 022183