

# 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.

## Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 064236

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5842 Société : 103672

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OUASSINI HABIBA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0610335534 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BENALLA ELGHORFI Fatima  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Bd Al Ouds, Rés les Rosiers, Appt 121  
Ain Chock, Casablanca - Tél : 0522 870 890

Date de consultation : 27/01/22

Nom et prénom du malade : EL OUASSINI HABIBA Age :

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

Nature de la maladie : Geste

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) :


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
27/01/22			3000/4	Docteur BENALLA ELHNOUR Fatima Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition Bd Al Qods, Rés les Rosiers, Appt 121 Ain Chock, Casablanca - Tél : 0522 870 890

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/01/22	1001,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

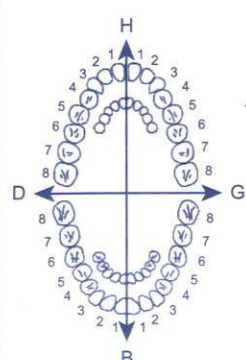
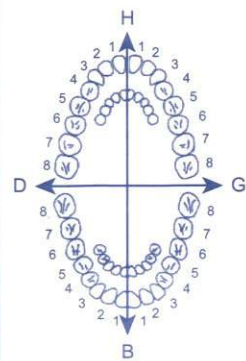
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>               H                25533412                00000000                D                00000000                35533411             </div> <div>               21433552                00000000                G                00000000                11433553                B             </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				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

Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition

إختصاصية في أمراض الغدد  
و السكري و التغذية

Sur Rendez-Vous

بالموعد

Casablanca, le .....

27/01/22 في الدار البيضاء

Mme EL OUASSINI HABIBA

13.60 x 3

LEVOTHYROX 50

1 comprimé

le matin

LEVOTHYROX 25

1/2 comprimé

le matin

UN ALFA 1µG

1 comprimé

matin et soir

CACIT VIT D3

1 sachet

à midi

TRAITEMENT DE 3 MOIS

HEPANAT 2

1 comprimé

2 fois par jour



1001.90

Docteur BENLALLA EL GHORFI Fatima  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Bd Al Qods, Rés les Rosiers, Appt 121  
Ain Choc, Casablanca - Tél: 0522 870 890



Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC

UN-ALFA® 1 µg capsule  
Boîte de 30 capsules



6 118001 200740

PPV: 172 DH 20

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC

UN-ALFA® 0,25 µg capsule  
Boîte de 30 capsules



6 118001 200757

PPV: 74 DH 60

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC

UN-ALFA® 0,25 µg capsule  
Boîte de 30 capsules



6 118001 200757

PPV: 74 DH 60



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 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 102013

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

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC

UN-ALFA® 1 µg capsule  
Boîte de 30 capsules



6 118001 200740

PPV: 172 DH 20

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC

UN-ALFA® 1 µg capsule  
Boîte de 30 capsules



6 118001 200740

PPV: 172 DH 20

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC

UN-ALFA® 1 µg capsule  
Boîte de 30 capsules



6 118001 200740

PPV: 172 DH 20

100 mg/880 UI



6 118001 040070

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH,  
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG  
AUTRICHE

BOTTU SA PPV : 110 DH 10