

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.

Radiologie 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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La 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



137587

Déclaration de Maladie : N° P19-0015792

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 272 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AMAZIGH Zahra Date de naissance : 1939

Adresse : Résidence Prestige Magola Rue 1 N° 5 Casablanca

Tél. : 06 71 91 68 95 Total des frais engagés : 3 678,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/11/2022

Nom et prénom du malade : AMAZIGH ZAHRA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète + goutte

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 Le : 03/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

INP : 091019786

INP : 091019786

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

+ ANCES	Sachet et Signatur à la Recette attestant le Paiement des Actes
	
DR. BENABTES - Dr. en Médecine - Endocrinologie - Diabétologie - Médecine d'Adulte - Médecine Communale - 10-0522933149	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE POLYCLINIQUE Dr T.B. Abdellaziz 68, Rue Hay Thami - Hay Hassan, Tel: 022 2021.67 - Casablanca</i>	<i>3.11.22</i>	<i>3378.80</i>

**Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur**

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

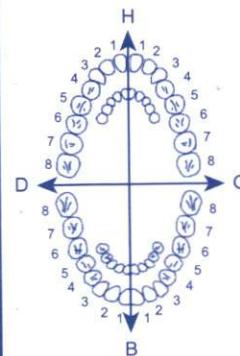
AUXILIAIRES MEDICAUX

BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

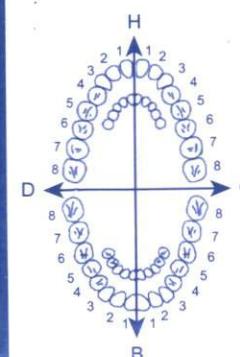
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		<p>Coefficient des travaux</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>Montants des soins</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>Date du devis</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>Date de l'exécution</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
G																		

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

Traitements de l'Obésité - Maigreurs

Glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité

Diplômée de l'Université René Descartes Paris V

Sur Rendez-Vous



دكتور بن عباس التمارجي
إختصاصية في أمراض الغدد - السكري
السمنة والهرمونات

خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس
بالموعد

ORDONNANCE

Casablanca, le :

AMAZIGH ZAHRA

744.00 XL

880.00

Lantus solostar 100u/ml
24 UT LE SOIR AVT REP 4 MOIS



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P1-
Ain Sébaa 20250 - Casablanca

LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

P.P.V. : 744DH00

6118001 081615

03/11/2022

sanofi-aventis Maroc

Roy te de Rabat - R.P1-
Ain Sébaa 20250 - Casablanca

LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

P.P.V. : 744DH00

6118001 081615

7870 XL

• Diamicron 60mg
1 COMP X 2 / J AVT REP 4 MOIS



10760 XL

• Stagid 700 mg

1COMP MIDI 1 COMP LE SOIR AP REP 4 MOIS

3620 XL

• Tanakan 40 mg
1 COMP X 2 / J AP REP 4 MOIS

7130 XL

• Levothyrox 50µg
1 COMP LE MATIN AVT REP 4 MOIS

6700 XL

• Levothyrox 25 µg

1 COMP MATIN AVT REP 4 MOIS

3570 XL

• Alpraz 05 mg

1 / 2 COMP LE SOIR AP REP X 4 MOIS

10200 XL

• Aufcer 20



LOT 221654
EXP 05 2025
PPV 36.20

LOT 221654
EXP 05 2025
PPV 36.20

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr TIR ADDASSI
68, Rue Hay Thami - Hay Hassani
Tél: 022 90.21.67 - CASA

Dr. BENABBES TAARJI F.Z
Endocrinologue
Ang. Route d'Azemmour
Immeuble communal 1er étage
Casablanca - Tél : 0522 93 31 49

Dr. BENABBES TAARJI F.Z
Endocrinologue
Ang. Route d'Azemmour
Immeuble communal 1er étage
Casablanca - Tél : 0522 93 31 49

Suite au verso →

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



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

7862160336

AMM N° : 570/17 DMP/21/NRQ

LOT : 22091
PER : 02/2025
PPV : 102,00 DH



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

7862160336

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

7862160336



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

7862160335



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

7862160335



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

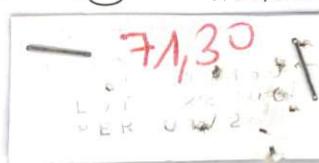
7862160335

AMM N° : 570/17 DMP/21/NRQ

LOT : 22091
PER : 02/2025
PPV : 102,00 DH

AMM N° : 570/17 DMP/21/NRQ

LOT : 22091
PER : 02/2025
PPV : 102,00 DH



LOT 223081
EXP 09 2025
PPV 35.70

71,30
LOT 223081
EXP 09 2025
PPV 35.70

LOT 221836
EXP 05 2025
PPV 107.60

LOT 221836
EXP 05 2025
PPV 107.60

78,70

78,70

78,70

78,70

71,30

صيدلية المصححة Pharmacie Polyclinique

58, Route Moulay Thami
(Mazola, Hay Hassani)
Tél. : 0522 90 21 67
GSM : 0661 33 20 87

TEL: 0522 902167 - Casa

58, Route Miyazaki - Higashimurayama

R.C. 173955

T.P.: 35012475

I.F: 51469100

C.N.S.S: 1120039

ICE : 001527269000086

Casa le:

FACTURE N° 001387

M. AMAZIGH Zahra

QUANTITÉ	DESIGNATION	PRIX UNIT.	TOTAL
10	Aiguille fine 8mm	280,00	280,00

DARMICIE POLYCLINIQUE
Sous le nom de Dr Abdellaziz
Télé: 0522 90 21 67 - Casablanca

Darmicie