

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 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
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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



Déclaration de Maladie

M22- N° 001442

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1736 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KOTNI Ahmed
Date de naissance : 01/11/1952
Adresse : LOT DAHA Rue 1 N°36 Q.I. BERNOUSSE Casablanca
Tél. : 0672 150702 Total des frais engagés : 1251,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BENCHEQROUN N.
SPECIALISTE EN
ENDOCRINOLOGIE ET DIABETE
57, Bd 11 Janvier - Casablanca
Tél: 05 22 47 00 93

Date de consultation : 04 / 01 / 2024

Nom et prénom du malade : OUMEROU Abdelhak Age: 71

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

Nature de la maladie : Diabète

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Casablanca Le : 04 / 01 / 2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Dr BENCHEQROUN N.
SPECIALISTE EN

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04/02/2024 | | | 951,20 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Dr. Kenzo Sakr 424 Q.I Siwi Bernoussi - Casablanca Tél/Fax: 05 22 67 47 03 | 04/02/2024 | 951,20 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

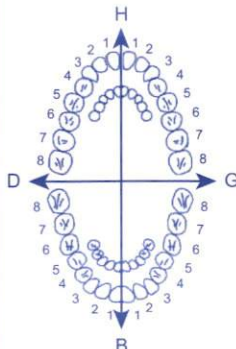
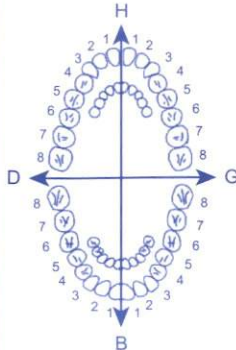
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------|------------------------------------|--|--|------------------------|------------------------|---|--|--|--|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> <tr><td colspan="2"></td></tr> </table> | | | H | | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | B | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>D 25533412 00000000</td> <td>G 21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> <tr><td colspan="2"></td></tr> </table> | | | H | | D 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | B | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | |
| | D 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |

DR. BENCHEQROUN Nadia

Spécialiste en Endocrinologie
et diabète - Obésité - Nutrition
Goitre - Hormones - Cholesterol

الدكتورة نادية بنشقرون

إختصاصية في أمراض الغدد
وداء السكري - السمنة - التغذية
الاضطرابات الهرمونية - الكولسترول

Casablanca, le : 04/04/2004

8-9674-73-270-2

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH



6 118001 121298

559,00

NovoMix 30 FlexPen

26-19

NovoMix 30 FlexPen

26-19

47,40

NovoMix 30 FlexPen

250,00

NovoMix 30 FlexPen

951,20

PHARMACIE KOUNOUZ
Dr. Kenzo Seki
Bd. Ch. Ichaojini, Route 110. Km9,5
N° 424 QJ Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 47 47 03

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QJ,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 20mg cp peli b30
P.P.V : 250,00 DH



6 118001 183128

Dr BENCHEQROUN N.
SPECIALISTE EN
ENDOCRINOLOGIE ET DIABETE
57, Bd 11 Janvier - Casablanca
Tél: 05 22 47 00 93

57, شارع 11 يناير الطابق الثاني - (مقابل التجاري وفا بنك) الدار البيضاء . الهاتف : 0522 . 47 . 00 . 93

57, Bd, 11 Janvier 2 éme étage - (En Face Attijari wafa bank) - Casablanca - Tél : 0522 . 47 . 00 . 93 /

Notice : Information

sateur

MERCK

Glucovance® 500 mg/2,5 mg

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH



comprimé pelliculé

Chlorhydrate de metformine/Glibenclamide

Voie orale

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de votre maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice.

- si vous êtes déshydraté(e) (par exemple, en raison de diarrhées persistantes ou graves, de vomissements récurrents).
- si vous avez un traitement pour des problèmes cardiaques, si vous avez récemment eu une crise cardiaque, si vous souffrez de graves problèmes de circulation sanguine ou si vous avez des difficultés respiratoires
- si vous avez de la porphyrie (maladie héréditaire rare due à un déficit enzymatique)