

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ctions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## ntaire :

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

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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1492

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre : RÉTRAITE

Nom & Prénom : BENABDES KHALIL

Date de naissance : 01/09/1951

Adresse : 635 Rue Goulimia 2009 Casablanca

Tél. : 0666 600 418

Total des frais engagés : 11000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

~~Dr. BENHIMA Touria  
Endocrinologie Maladies  
Métaboliques  
70, Rue Félix et Paul Gouy Casablanca  
Tél: 05 22 20 83 57 / 05 22 29 84 59~~

Date de consultation : 30/10/2018

Nom et prénom du malade : BENABDES

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Surdité

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 : 05/11/2018

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

Le : 30/10/2018

#### RELEVE 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
30/10/13 C2		1	300,00 F	BEA Endocrinologie Metaboliques 70, Rue Félix et Max Guedj tel : 022.29.84.60 / 23.83.54

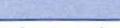
## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cache du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Cache du Pharmacien ou du Fournisseur</p> <p>30/10/19</p> <p>22100</p> <p>El Agoud Pharmacie 19, bd. Bourdeaux - Casablanca Tel: 05 22 49 21 71 / 74 - Fax: 05 22 26 19 18</p> <p>092010982</p>	30/10/19	22100

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

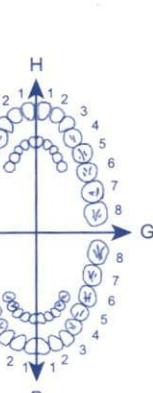
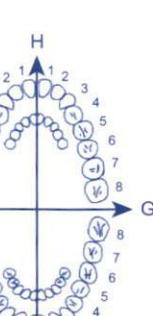
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
 GYMED 1 Rue Bouilhane Bourgogne - Case 0522 22 34 07 - 0522 22 12 55 0322 47 45 92	25/11/19					150,00	

## RELEVE 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

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														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G															
				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

Le ...../...../.....

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

**A remplir par le praticien**

Je soussigné:

Dr Benhima Touria

Certifie que M<sup>me</sup>, Mme, M<sup>me</sup> BO ABDES Hstine

Présente

Modale + DM 10

Nécessitant un traitement d'une durée de:

3 mois

Dont c-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit)

(✓) : Valable 3 mois

Contact 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

Dr. BENHIMA Touria  
Endocrinologue et Maladiologue  
70, Rue Jules et Romain Dreyfus  
Tél: 05 24 93 54 / 05 22 29 84 50

# Docteur Benhima Touria

Diplômée de la Faculté de Médecine de Toulouse

SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE

ET MALADIES METABOLIQUES

Diabète - Obésité - Nutrition

Cholestérol - Glandes - Stérilité

Ménopause - Andrologie

Sur rendez-vous

# الدكتورة بنيمه ثريه

خريجة كلية الطب بتولوز

اختصاصية في أمراض الغدد

الهرمونية

السكر - التغدية - السمنة

الإضطرابات الهرمونية الجنسية

الكولستيروл - العقم

بالمقعد

Casablanca, le 30/10/19

BEL HABES Fatima

24,40

- Levotriptan 100  $\frac{100}{6,80 \times 2} = 1,0 - 0$

- Levotriptan 25  $\frac{25}{107,60 \times 3} = 1/2 - 0 - 0$

- Aspirin - 1 - 0 - 1

- Benclamid = 1 - 1 - 2

- Idéas = 0 - 0 - 1

40 Cardiologie

40 Rhumatologie

- Bandelettes "de rappel" 3

Delsin - colesterol

- Dantip +++

- triglycérides +++

- Dival +++



721,00

Dr. BENHIMA Touria  
Endocrinologie Maladies  
Metaboliques  
70, Rue Félix et Max Guedj Casablanca  
Tél: 05 22 29 83 54 / 05 22 29 84 50

GYLMED  
10, Rue Boulimane Bourgogne - Casablanca  
Tél.: 05 22 22 34 07 - 05 22 22 72 55  
Fax: 05 22 47 46 92

Benclamid  
36,20

LOT 13001  
PER 06/23  
PPV 360 DH 20

Benclamid  
36,20

Benclamid  
36,20

LOT 13001  
PER 06/23  
PPV 360 DH 20

Levothyrox  
36,20

BEN CLAMID  
36,20

LOT 13001  
PER 06/24  
PPV 360 DH 20

36,20

36,20 x 7 = 253,40

TTC 714,20

+ 6,80  
721,00

Stagid

LOT 190549  
EXP 03/2022  
PPV 107,60 107,60

107,60 x 3

= 322,80

Stagid

LOT 191128  
EXP 05 2022  
PPV 107.60 DH

53,40 x 2

106,80

Mangue  
Orange  
Orange  
Orange

ideos 53,40

ideos 53,40



011 800110202 0  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH



6 18001102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160324

1130389301

# On·Call® Plus

## Blood Glucose Test Strips

50

For testing glucose in whole blood  
using the *On Call® Plus* and *On Call®*  
*EZ II* blood glucose meters.

For self testing and professional use.

Contents:

50 Test Strips  
Code Chip  
Package Insert



© 2017 ACON Laboratories, Inc.



**INFO PHARMA**

10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco  
Tel: + 212 5 22 22 34 07  
+ 212 5 22 22 12 55  
Fax: + 212 5 22 47 45 92

# On·Call® Plus

## Blood Glucose Test Strips

REF G133-111



Distributeur exclusif

**ACON**

 ACON Laboratories, Inc.  
10125 Mesa Rim Road  
San Diego, CA 92121, USA  
[www.acondiabetescare.com](http://www.acondiabetescare.com)

EC REP

MDSS GmbH  
Schiffgraben 41  
30175 Hannover, Germany

BELABBES FATIMA

FACTURE N°: FC192481

Bon de Livraison N° BL192481

DATE : 25-11-2019

REFERENCE :

Code article	Désignation	Quantité	R%	P.U. TTC	Montant TTC
B50	BANDELETTE ON CALL PLUS B/ 50	1,00		150,0000	150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent cinquante Dhs

Total Remise H.T	<b>TOTAL HT</b>	125,00
0,00	<b>TOTAL TVA 20%</b>	25,00
	<b>TOTAL TTC</b>	150,00

GYLMED  
10, Rue Boulmane Bourgogne - Casablanca 20040 - Maroc - Tél : 0522 22 12 55 / 0522 22 34 07 - Fax : 0522 47 45 92  
Tél.: 0522 22 34 07 - Fax: 0522 47 45 92