

## 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 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

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

N° W19-473124

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

4892

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Société :

BENNANI DOUBLI M-Jawal

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

3122,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

18 OCT 2019

Nom et prénom du malade :

BENNANI DOUBLI M-Jawal

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

DHS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

dy 28 Nov 2019 enie

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.

ACCUEIL

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 :

Marrakech

Le : 18 NOV 2019

Signature de l'adhérent(e) :

ai

**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
18.01.2010	Amal	0	0	INP : 071178196 Docteur BENHOUAD * Spécialiste Tel: 05 24 42 34 34 Marrakech ENDOCRINOLOGIE-DIABETE

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL ANDALOUS Pharmacie UFA Marrakech UFa 05 24 49 02 30	18/10/10	252.10

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

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

**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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**valable 3 mois**

Le ...../...../20.....

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

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

Je soussigné :

*BENHOUFD*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

*Benjamaïn Ben Ali Jamm*

Présente

*DNA - Diabète*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*longue durée*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)



Docteur

BENOHOUD Chafiq

Spécialiste

- \*Endocrinologie - Diabète
- \*Maladies Métaboliques
- \*Nutrition - Obésité - Goitre
- \*Membre de l'Alfediam PARIS
- \*Diplômé en Echographie Gle

Adresse: Espace ASSAFWA  
Angle Boulevards ALLAL  
EL FASSI Et YAACOUB  
AL MANSOUR - 1<sup>er</sup> étage  
Appt n°8 – Marrakech

Téléphone: 05 24 42 34 34

\*Durée du TRT : 3 mois

\*A revoir Le :

Marrakech Le: 18 OCT. 2019

Ordonnance

Mr BENHOUD

Douzième

77,60 x 3

1. GliminiL 4 →

390,00 x 3

1 cp, (3b/m)

2. Gmimist 5 1200.

1 cp, (3b/m)

165,90 x 3

3. Avosyle 5 →

58,10 x 3

4. Cordensiel 5 →

80,00 x 2

1 cp, (3b/m)

5.

Nomyc 5 →

102,00

1 cp, (2b/m)

6.

PHARMACIE AL ANDALOUS  
Iham DIRA\*  
Pharmacienne  
Massira 1 AN d<sup>e</sup> Marrakech  
UFax 05 24 49 02 30

O 21 Lys



114,00 - Maxilose sup (SV)

1 kg 3,-



135,00 - Gruka sup

1 kg

51,00 - Ronvalsen (SV) sup

1 kg 3,-

20,20 - Oh pax (SV) forte

2 forte 2-

116,80 x 3  
Liposilge 1kg →

1 kg (3 kg)

34,70 - Zepam 6 →

1 kg

29,22,10  
-



PHARMACIE AL ANDALOUS  
Ibn DIRA,  
Pharmacienne  
Marrakech  
Tél : 05 24 42 34

# جيـلـيمـيرـيل®

4

مع

جيـلـيمـيرـيل®

عن طريق الفم

Glimiry® 4 mg  
30 comprimés



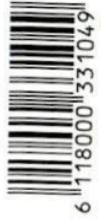
4

مع

جيـلـيمـيرـيل®

عن طريق الفم

Glimiry® 4 mg  
30 comprimés



4

مع

جيـلـيمـيرـيل®

عن طريق الفم

Glimiry® 4 mg  
30 comprimés



30

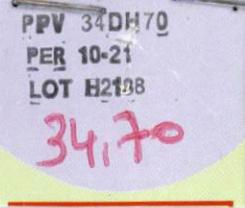
فـصـا

77,60

77,60

77,60

Distribué sous licence  
par LAPROPHAN  
21, rue des Oudaya  
CASABLANCA-Maroc  
PPV : 44DH00.



maphar  
ZI Zenata Ain Sébaâ, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

maphar  
ZI Zenata Ain Sébaâ, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

maphar  
ZI Zenata Ain Sébaâ, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 58,10 DH

7862160239

6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 58,10 DH

7862160239

6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 58,10 DH

7862160239

18153591  
6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés  
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

# **COVERSYL**

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

**5**

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

**5**

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

**5 mg**

**30**

Comprimés pelliculés sécables

**30**

Comprimés pelliculés sécables

**30**

Comprimés pelliculés sécables

**145,90**

**145,90**

**145,90**

**NOMYC®** 50 mg  
Fluconazole

7 Gélules  
Voie orale

# **NOMYC® 50 mg**

Fluconazole

AFRIC-PHAR

LOT  
**189036**

EXP  
**10/2021**

PPV:85DH00

7 Gélules  
Voie orale

**NOMYC®** 50 mg

Fluconazole

7 Gélules  
Voie orale

# **NOMYC® 50 mg**

Fluconazole

LOT:192063 EXP:01/22  
PPV:85DH00

7 Gélules  
Voie orale

أفريـكـ فـارـسـ

AFRIC-PHAR

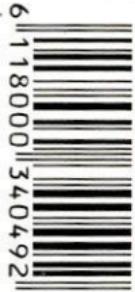
**NOMYC®** 50 mg  
7 gélules

**NOMYC®** 50 mg  
7 gélules



6 118000 071037

6  
118000 340492



EVOX® 500 mg  
DCI : levofoxacin  
10 Comprimés pelliculés sécables

ملجخ 500

أدوية  
ليفوفلوكساسين

10 قابضة لكافير  
أقراص ملمسية

LOT : 036918 PER : 03/2021  
PPV : 135,00 DH

Ozil plus®

Oméprazole

Voie Orale

20 mg



28  
Gélules

LOT : 170490  
PER : 11/2020  
PPV : 102,00 DH