

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.

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.

Prothèse :

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

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 0044560

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1490

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BELABBÈS Khadija

Date de naissance : 1/9/1951

Adresse : 635 Rue Gauthier app't 9 Casa

Tél. : 0662620225

Total des frais engagés : 1113,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BENHIMA Touria
Endocrinologie Maladies
Métaboliques
70, Rue Felix et Alox Goudj Casablanca
Tél : 05 22 29 83 54 / 05 22 29 84 50

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Khadija Fatima

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Endocrinologie

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

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

20 FEB 2020

ACCUEIL 1/2020

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
25/10/2020		1	800,00	
27/10/2020		1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/10/2020	663,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

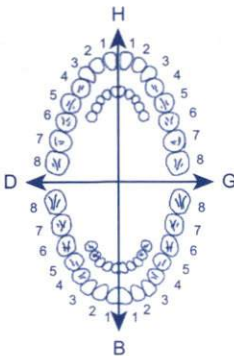
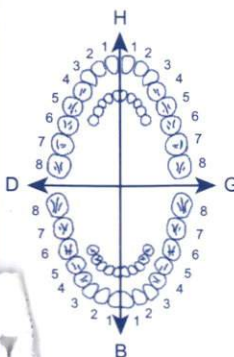
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	18/12/2020					159,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																
			DATE DU DEVIS																	
			DATE DE L'EXECUTION																	

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Le 22.1.2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Dr. BENHIMA Joun

Certifie que Mlle, Mme, M :

BOMBES Belime

Présente

DM (D) & maladie hyper

Nécessitant un traitement d'une durée de:

3 mois

Dont c-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit)

Dr. BENHIMA Touria
Endocrinologie Maladies
Métaboliques Guedj
70, Rue Félix e 3.83.54
22.29.84.50

(✓) : Valable 3 mois

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 بنهيمت ثرية

خريجة كلية الطب بتولوز

اختصاصية في أمراض الغدد

الهرمونية

السكر - التغذية - السمّة

الإضطرابات الهرمونية الجنسية

الكولسترول - العقم

بالموعد

Casablanca, le 27/1/2020

BEN ABDES Motine

24,40x3

Levokymon 100 - 1 - 0 - 0

Levokymon 25 - 1 - 0 - 0

107,60x3

Spasid - 1 - 1 - 1

36,20x4

Bencloamid - 1 - 1 - 2

53,40x2

Isles - 0 - 0 - 1

Canthosur

Humetolur

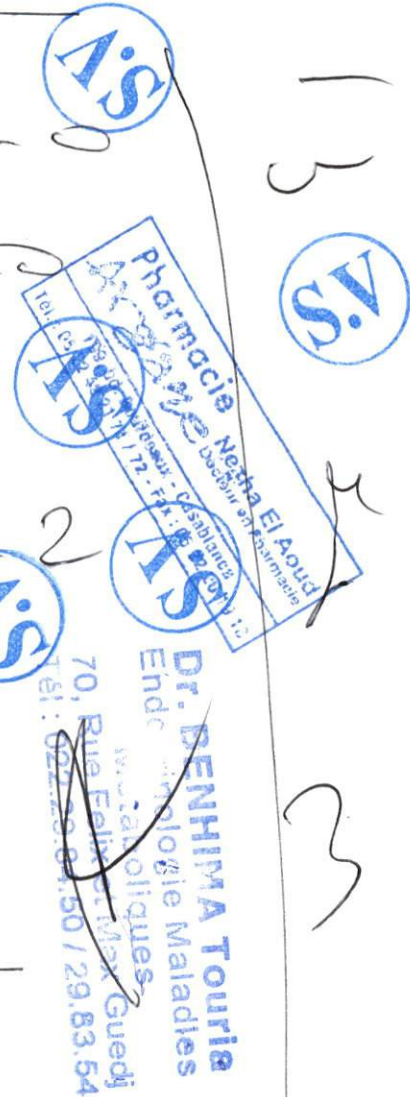
Déjine - 1 - 1 - 1

663,20

Daliv + + +

triglyc + + +

Lénel + + +



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

Stagid
107,60
LOT 191444
EXP 07 20 2
PPV 107.60

Stagid
LOT 182393
EXP 11 2021
PPV 107.60

Stagid 107,60
LOT 191444
EXP 07 20 2
PPV 107.60

Bencamid
36,20
LOT 19001
PER 05/24
PPV 36DH00

Bencamid
36,20
LOT 19001
PER 05/24
PPV 36DH00

Bencamid
36,20
LOT 19001
PER 05/24
PPV 36DH00

Bencamid
36,20
LOT 19001
PER 10/23
PPV 36DH00

Bencamid
LOT 19001
PER 05/24
PPV 20DH00

LOT 19001
PER 05/24
PPV 20DH00

ideos
LOT 19001
PER 05/24
PPV 20DH00

IDEOS
LOT 19001
PER 05/24
PPV 20DH00

20,00 ←

20,00 ←

\$3,40 ←

\$3,40 ←

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 بنهيمت ثرية

خريجة كلية الطب بتولوز

اختصاصية في أمراض الغدد

الهرمونية

السكر - التغذية - السمنة

الإضطرابات الهرمونية الجنسية

الكولسترول - العقم

بالموعد

Casablanca, le 27/11/2020

BERABES Rostine

- Kid de glycémie
110a c'est plus''

- Bandelettes de glycémie
110a c'est plus''

150/100
GRAVED
10, Rue Bouliana Bourgoine - Casa 20046
Tél.: 0522 22 12 55 / 0522 22 34 07
Fax: 0522 47 45 92

Dr. BENHIMA Touria
Endocrinologie Maladies
Métaboliques
70, Rue Félix et Max Guedj
Tél : 022.29.84.50 / 29.83.54

BELABBAS FATIMA

FACTURE N°: FC200509

Bon de Livraison N° BL200509

DATE : 18-02-2020

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	TOTAL HT	125,00
0,00	TOTAL TVA 20%	25,00
	TOTAL TTC	150,00

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

REMBOURSE
par la
MUTUELLE

On Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

Français

Bandelettes de Glycémie

Pour mesurer la glycémie dans le sang total en utilisant les glucomètres On Call® Plus et On Call® EZ II.

A usage individuel et professionnel.

Contenu:

- 50 Bandelettes
- Carte à Puce
- Mode d'Emploi

العربية

أشرطة الفحص

لفحص السكر في الدم الكامل باستخدام جهاز القياس

On Call® EZ II , On Call® Plus

لمراقبة السكر في الدم.

لفحص الذاتي والاستخدام المهني.

المحتويات:

- 50 أشرطة الفحص
- رقيقة الكود
- نشرة الحزمة

Русский

Тест-полоски

Для определения глюкозы в цельной крови с использованием глюкометров On Call® Plus и On Call® EZ II.

Для самодиагностики и профессионального использования.

Упаковка содержит:

- 50 Тест-полоски
- Кодовую пластинку
- Инструкцию-вкладыш

