

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.

Educations :

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 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

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° P19-0031205

N°D:

☐ Maladie ☐ Dentaire 33220 ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03443 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENBACHARAH SMAIL
Date de naissance : 1948
Adresse : 43806 FA 2^e Bloc A^e N°20
CASA BLANCA
Tél. : 06 352 49 46 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : INP : 091019786
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : BENBACHARAH SMAIL Age:
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Malade + Hypertension
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

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
08.06.20	C2		2500H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدية كيلومير 9 PHARMACIE KM 9 Dr. QUADILI Souad issasfa 1 Tél : 05 22 65 00 INPE : 092036789	08/06/20	2392,80 330,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

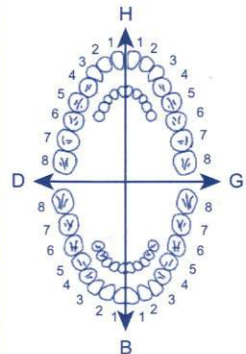
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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

	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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'EXE

Docteur. BENABBES TAARH F.Z

Endocrinologue - Diabétologue

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol

Traitement de l'Obésité - Maigreur

Glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité

Diplômée de l'Université René Descartes Paris V

Sur Rendez-Vous



الدركتور ف. ز. بن عباس (التعارجي)

إختصاصية في أمراض الغدد - السكري

السمنة والهرمونات

خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس

بالموعد

ORDONNANCE

Casablanca, le : 08/06/2020

BENBACHRAH SMAIL

68,80 x 4

• Odia 4 mg

1 COMP MATIN AVT REP 4 MOIS

45,20 x 2

• Glucophage 850 mg

1 COMP X 2 / J AP REP 4 MOIS

116,80 x 4

• Lipanthyl 160 mg

1 COMP LE SOIR AP REP 4 MOIS

390,00 x 4

• Galvus met 50 mg/1000 mg

1 COMP X2 / JOUR AP REP 4 MOIS

صيدلية كيلومتر 9

PHARMACIE KM 9

Dr. OUADILI Souad

Lissasfa 1 - Tél : 05 22 65 00

INPE : 092036789

= 2392,80

صيدلية كيلومتر 9

PHARMACIE KM 9

Dr. OUADILI Souad

Lissasfa 1 - Tél : 05 22 65 00

INPE : 092036789

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

LOT 200079 1
EXP 01 2023

P.P.V : 68.80 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

43
لغة
صباح
مساء
ليل
ليل بعد

43
لغة
صباح
مساء
ليل
ليل بعد

ODIA® 4 mg
30 comprimés
AMM N° 259 DMP/21/NRQ
Remboursable AMO

6 118000 022183

LOT 200079 1
EXP 01 2023

P.P.V : 68.80 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

43
لغة
صباح
مساء
ليل
ليل بعد

43
لغة
صباح
مساء
ليل
ليل بعد

ODIA® 4 mg
30 comprimés
AMM N° 259 DMP/21/NRQ
Remboursable AMO

6 118000 022183

LOT 200079 1
EXP 01 2023

P.P.V : 68.80 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

43
لغة
صباح
مساء
ليل
ليل بعد

43
لغة
صباح
مساء
ليل
ليل بعد

ODIA® 4 mg
30 comprimés
AMM N° 259 DMP/21/NRQ
Remboursable AMO

6 118000 022183

maphar
ZI Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116.80 DH

6 118001 181636

maphar
ZI Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116.80 DH

6 118001 181636

maphar
ZI Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116.80 DH

6 118001 181636

maphar
ZI Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116.80 DH

6 118001 181636

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

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

LOT 200079 1
EXP 01 2023

P.P.V : 68.80 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

43
لغة
صباح
مساء
ليل
ليل بعد

43
لغة
صباح
مساء
ليل
ليل بعد

ODIA® 4 mg
30 comprimés
AMM N° 259 DMP/21/NRQ
Remboursable AMO

6 118000 022183

Glucophage® 850 mg
60 Comprimés pelliculés

6 118000 080640

MERCK

Glucophage® 850 mg
60 Comprimés pelliculés

6 118000 080640

Docteur. BENABBES TAARJI F.Z

Endocrinologue - Diabétologue

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol
Traitement de l'Obésité - Maigreux
Glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité

Diplômée de l'Université René Descartes Paris V
Sur Rendez-Vous



الدركتور ف. ز. بن عباس (التعاريجي)

إختصاصية في أمراض الغدد - السكري
السمنة والهرمونات

خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس
بالموعد

ORDONNANCE

Casablanca, le : 08.06.20

Benbachrah Samir

195,00 + 135,00



glucosés Aeu & chek

3.V

+ benoblet gfc par surveillance

+ de sucre



3.V

= 330,00

صيدلية كيلومتر 9

PHARMACIE KM

Dr. OUADILI Sou

Issasfa 1 - Tél : 05 22 65

INPE : 09203678

Dr. BENABBES TAARJI F.Z
Endocrinologue - Diabétologue
Angle Route d'Azemmour
Immeuble Communal 1^{er} Etage
Casablanca - Tél : 05 22 93 31 49

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

GTIN (0) PPC : 135 Dhs

LOT (10)



ACCU-CHEK®


Active

Blood glucose monitoring system
Système de surveillance de la glycémie
نظام قياس مستوى السكر في الدم



ACCU-CHEK and SOFTCLIX are trademarks of Roche.

The USB-IF Logos are trademarks of
Universal Serial Bus Implementers Forum, Inc.

 Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116
68305 Mannheim, Germany
www.accu-chek.com

Made in Germany

PPC : 195 Dhs

ACCU-CHEK و SOFTCLIX هما علامتان تجاريتان تملكهما Roche.

الشعارات USB-IF هي علامات تجارية من
Universal Serial Bus Implementers Forum, Inc.

روش ديابيتس كير جي إم بي إتش

شارع ساندوهر ١١٦

١٨٣٠٥ مانهايم، ألمانيا

www.accu-chek.com

صنع في ألمانيا