

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.

Education :

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 334 Société : 141185

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LABHAR RABIA 1958

Date de naissance :

HAY HASSAN DERB WARDA

Adresse : N° 710

Tél. : 06 71 13 7777 Total des frais engagés : 11 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Jamal Eddine BENHIMA
Diabetologie - Diététique
Médecine Générale
266 Rue Sidi El Khadir Derb Nejma
Hay Hassani - Casablanca

Date de consultation : 23/11/2010

Nom et prénom du malade : SILVIA NEZRA LARIBA Age : 1978

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

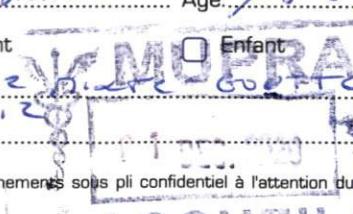
Nature de la maladie : DIABETE MELLITUS - DIABETE MELLITUS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDENT

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) : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
REVEAL S.A.R.L PHARMACIE CHIRIA M.TAHRI HASSANI 10 Ave. Afghanistan Hassani - Casablanca T: 0522 90 46 04	23/11/2025	658,25

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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																							
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient																			
CŒFFICIENT DES TRAVAUX 																							
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
	H	25533412	21433552																				
		00000000	00000000																				
	D	00000000	00000000																				
		35533411	11433553																				
	B																						
	G																						
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX 																						
	MONTANTS DES SOINS 																						
	DEBUT D'EXECUTION 																						
FIN D'EXECUTION 																							
CŒFFICIENT 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'EXE																							

Médecine Générale

الطب العام

Diplômé de la Faculté de Montpellier

خريج كلية مونبليي

en Diabétologie

في داء السكري

Diététique Médicale

التغذية والحمية

Thérapeutiques Hormonales

العلاج الهرموني

REVEAL SARL
PHARMACIE CHIFA
M.TAHIRI HASSANI
 10 Ave. Afghanistan
 Hay Hassani - Casablanca
 Tél.: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 45 47

Casablanca, le : 23/11/2020 الدار البيضاء ،

129,00						
65,40	ANCOLON	5	= 0 - 0 - 1	بتل	ر	
			21,80 ^{x3}			
350,00	Assencades	5	= 0 - 0 - 1	ر		
			115,00 ^{x3}			
73,20	FENOFORM	25	= 0 - 0 - 1	ر		
			24,40 ^{x3}			
40,20	L200TH7Mx	100	= 1 - 0 - 0	ر		
			13,40 ^{x3}			
20,40	L200TH7Mx	4,80 ^{x3}	= 1 - 0 - 0	ر		
658,20						135

Dr. Jamal Eddine BENHIMA
 Médecin généraliste Diabétologue
 Avenue Afghanistan 10
 Hay Hassani - Casablanca

PPV: 43DH00
PER: 04/22
LOT: J1294

PPV: 43DH00
PER: 04/22
LOT: J1294

PPV: 43DH00
PER: 06/22
LOT: J1913

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

7862160342

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

7862160342

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

7862160342

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160346

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160346

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80
LOT : 20E008
PER : 10 2021

6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80
LOT : 20E007
PER : 09 2021

6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80
LOT : 20E008
PER : 10 2021

6 118000 061113

LOT 20F08B 1
EXP 06 2024
PPV 110.00 DH

LOT 19J18 1
EXP 10 2023
PPV 110.00 DH

LOT 19J18 1
EXP 10 2023
PPV 110.00 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335