

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.

Maladie chronique :

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- 069053

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 334 Société : 49485

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LABHAR RABIA 1958

Date de naissance : HAY HASSAN DERB WARDA bloc 625

Adresse : N°710

Tél. : 06713 7777 Total des frais engagés : 1 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 / 2020

Nom et prénom du malade : SLIK RABIA LABHAR Age : 1978

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : DIABETE - HTA - DYSLIPIDEMIE - GOUTTE

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 : / /

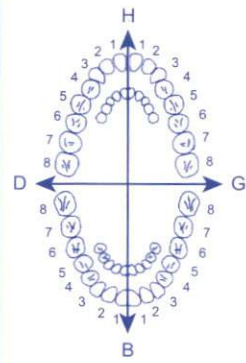
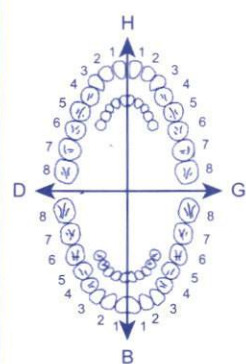
Signature de l'adhérent(e) :

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
23/11/2020			189,20	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
REVEAL 50 PHARMACIE CHIMIE M. TAHIRI HASSANI 10 Ave. Al-Zahranistan Hay Hassani - Casablanca T: 0522 90 34 62 - Fax: 0522 90 46 04	23/11/2020	658,20

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de																																
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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D				00000000	00000000			35533411	11433553			B					COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		G																													
	25533412	21433552																														
	00000000	00000000																														
	D																															
	00000000	00000000																														
	35533411	11433553																														
	B																															
	[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'EXECUTION																																

Dr. Jamal Eddine BENHIMA

Médecine Générale

Diplômé de la Faculté de Montpellier

en Diabétologie

Diététique Médicale

Thérapeutiques Hormonales

الدكتور جمال الخدير بنهيمه

الطب العام

خريج كلية مونبيلييه

في داء السكري

التغذية والحمية

العلاج الهرموني

REVEAL SARL
PHARMACIE CHIFA
M.TAHIRI HASSANI
10 Ave. Afghanistan
Hay Hassani - Casablanca
Tél.: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 46 84

Casablanca, le : 23/11/2020

الدار البيضاء ، 23/11/2020

ANGLON 129,00
ASSEN 330,00
FEN 73,20
LWOTW 49,20
LWOTW 20,40
LWOTW 658,20

21,80^{x3}
110,00^{x3}
24,40^{x3}
13,40^{x3}
6,80^{x3}
25

Dr. Jamal Eddine BENHIMA
266 Rue Sidi El Khadir, Derb Nejma
Hay Hassani - Casablanca

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

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

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

LOT: 20E008
PER: 10 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V.: 21DH80



LOT: 20E007
PER: 00 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



LOT: 20E008
PER: 10 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



LOT 20F08B 1
EXP 06 2024
PPV 170.00 DH

LOT 19J18 1
EXP 10 2023
PPV 170.00 DH

LOT 19J18 1
EXP 10 2023
PPV 170.00 DH



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

7862160336



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



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