

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

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



49772

Déclaration de Maladie : N° P19-0015803

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 272 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AMAZIGH Zahra Date de naissance : 1939
 Adresse : Residence Prestige Magala Rue n° 5 Casa
 Tél. : 0671926895 Total des frais engagés : 3526,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : INP: 09103786
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : AMAZIGH Zahra Age:
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète + Dyslipémie
 En cas d'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 : CASA Le : 26 / 10 / 2020
 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
10 M 20	C 2		2500 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10 M 20	3276.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

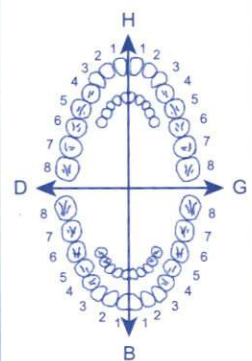
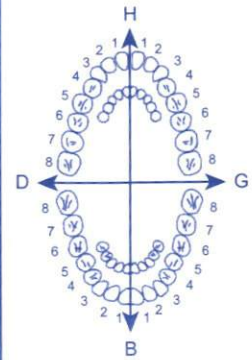
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan

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>D</td> <td>G</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> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

Docteur. BENABBES TAARJI F.Z

Endocrinologue - Diabétologue

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol

Traitement de l'Obésité - Maigreux

Glande Thyroïde - Surrenales - Seins - Stérilité

Diplômée de l'Université René Descartes Paris V

Sur Rendez-Vous



الدرستة في زيب هجان التمارجي

ض الغدد - السكري
لهرمونات

حريجه كلية الطب روبي ديكرت بباريس

بوعد

ORDONNANCE

Casablanca, le: 10/11/2020

AMAZIGH ZAHRA

744.00 x 2
• Lantus solostar 100u/ml
24 UT LE SOIR AVT REP 4 MOIS

78700 x 5
• Diamicon 60mg
1 COMP X 2 /J AVT REP 4 MOIS

3620 x 5
• Stagid 700 mg
1 COMP LE SOIR AP REP 4 MOIS

1340 x 3
• Levothyrox 50µg
1 COMP 3/4 MATIN AVT REP 4 MOIS

10200 x 3
• Aulcer 20 mg
1 COMP MATIN AVT REP 4 MOIS

71300 x 6
• Tanakan 40 mg
1 COMP X 2 /J AP REP 4 MOIS

35000 x 3
• Alpraz 05 mg
1 COMP LE SOIR AP REP 4 MOI

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Daktarin gel buccal t40g
P.P.V : 53,00 DH

5 118001 180745

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaa Casablanca
Lantus 100U/ml, inj b5 sty
P.P.V : 744,00 DH

5 118001 081615

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaa Casablanca
Lantus 100U/ml, inj b5 sty
P.P.V : 744,00 DH

5 118001 081615

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. TIR Abdelaziz
Route Mly Thami Hay Hassani
Tél: 0522 90 21 67 Casa

5 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

5 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

5 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

Angle Route d'Azémoul

novofine®

280,00

Communal 1er Etage (à gauche)

Tél.: 0522 93 31 49 - GSM

E-mail : drbenabbes@hotmail.fr

LOT 201592 1
EXP 07 2023
PPV 35.70

LOT 201592 1
EXP 07 2023
PPV 35.70

OT 202049 1
XP 09 2023
PV 35.70

71.30

71.30

71.30

71.30

71.30

71.30

LOT 201319
EXP 07 2023
PPV 36,20 36.20

LOT 201320
EXP 07 2023
PPV 36,20 36.20

LOT 201655
EXP 07 2023
PPV 36,20 36.20

LOT 201655
EXP 07 2023
PPV 36,20 36.20

LOT 201655
EXP 07 2023
PPV 36,20 36.20

AMM N° : 570/17 DMP/21/NR

LOT: 19193
PER: 07/2022
PPV: 102,00 DH

AMM N° : 570/17 DMP/21/N

LOT: 19193
PER: 07/2022
PPV: 102,00 DH

AMM N° : 570/17 DMP/21/N

LOT: 19193
PER: 07/2022
PPV: 102,00 DH