

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **Informations générales :**

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

## **Éducation :**

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

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](http://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 Magola Rue 1 n° 5 Casab

Tél. : 0671926895 Total des frais engagés : 3526,60 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

#### Cachet du médecin

INP : 09109780

Date de consultation : 12 DEC 2020

Nom et prénom du malade : Z. Ibel Zahra Age :

Lien de parenté

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Osteo + Dyslipidémie

En cas d'accident précisez 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) : Z. Ibel Zahra

Le : 26/11/2020

### RELEVE 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	250 DH		<i>[Handwritten signature over a blue stamp]</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten signature over a blue stamp]</i>	10 M 20	3276.60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		G
	B				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE 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 - Maigreur

Glande Thyroïde - Surrénale - Seins - Stérilité

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



الدكتور ف. زين جانس للتغذية

ض الغدد - السكري  
 لهرمونات

78,70

مريحه هذه الطيفي ديكارت بباريس

وعد

78,70

## ORDONNANCE

AMAZIGH ZAHRA

744.00 x 2

- Lantus solostar 100U/ml  
 24 UT LE SOIR AVT REP 4 MOIS

78,70 x 5

- Diamicron 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

1020 x 3

- Aufcer 20 mg  
 1 COMP MATIN AVT REP 4 MOIS

7130 x 6

- Tanakan 40 mg  
 1 COMP X 2 / J AP REP 4 MOIS

3530 x 3

- Alpraz 05 mg  
 1 COMP LE SOIR AP REP 4 MOI

53.00

Denk temm

et les diabetiques

Angle Route d'Azemmou

Tél.: 0522 93 31 49 - GSM

novofine®

280,00

Casablanca, le :

10/11/2020

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat-R.P.1.  
 Ain sebaâ Casablanca  
 Lantus 100U/ml, inj b6 sty  
 P.P.V : 744,00 DH

6 118001 081615

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat-R.P.1  
 Ain sebaâ Casablanca  
 Lantus 100U/ml, inj b6 sty  
 P.P.V : 744,00 DH

6 118001 081615

HARMACIE POLYCLINIQUE  
 Dr. TIR Abdelaziz  
 Route Mly Thami Hay Hassan,  
 Tél: 0522 90 21 67 Casa



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

7862160336

Seite au verso

Communal 1<sup>er</sup> Etage (à gauche)

3 - E-mail : drbenabbes@hotmail.fr

LOT 201592 1  
EXP 07 2023  
PPV 35.70

**35.70**

LOT 201592 1  
EXP 07 2023  
PPV **35.70** 35.70

**71.30**

P V 71.30

LOT : 19193  
EXP : 07/2023  
PPV : 36,20

LOT : 201655  
EXP : 07/2023  
PPV : 36,20

LOT : 201655  
EXP : 07/2023  
PPV : 36,20

LOT : 201655  
EXP : 07/2023  
PPV : 36,20

LOT : 201655  
EXP : 07/2023  
PPV : 36,20

AMM N° : 570/17 DMP/21/NR

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

AMM N° : 570/17 DMP/21/N

AMM N° : 570/17 DMP/21/N

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

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