

## 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.

### Radiologie 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

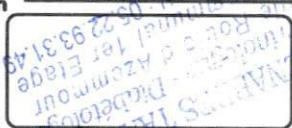
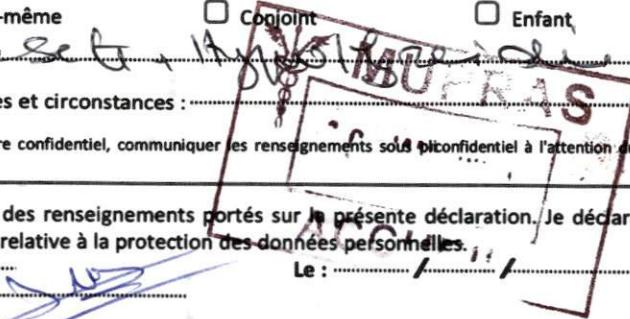
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

## Déclaration de Maladie

N° W19-523650

55998

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	Société :		
01113	RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :			
ISMAÏL BEN HASSANE			
Date de naissance :			
01-07-1355			
Adresse :			
N°56 FL WAFA DEROURA			
Tél. :	0661155743		
Total des frais engagés :			
3827,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
INP : 091019786			
Date de consultation :			
29.07.20			
Nom et prénom du malade :			
ISMAÏL BEN HASSANE			
Age :			
30			
Lien de parenté :			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
maladie			
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 : DÉROURA

Signature de l'adhérent(e) :

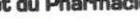
Le : 11/07/2020

VOLET ADHÉRENT

#### 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
29.12.20		02	2500 F	INP : 091019786

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/12/2020	3579,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHÉSES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

2 1  B	DATE DE L'EXECUTION	

Docteur. BENABBES TAARJI 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



جعاجع التماري

الغدد - السكري

رمونات

ديكارت بباريس

# ORDONNANCE

ISMAILI MALIKA

24.04.16

• Levothyrox 100 µg  
1 COMP MATIN AVT REP 6 MOIS

92.00

• Amarel 3 mg  
1 COMP MATIN AVT REP 6 MOIS

390,00

• Galvus met 50 mg / 850 mg  
1 COMP MIDI 1 COMP LE SOIR AP REP 6 MOIS

64,00

• Canestene 1%

79,00

• Tahor 10 mg  
1 COMP LE SOIR AP REP 6 MOIS

3577,00

TAHOR 10MG 28 CPS  
P.P.V : 79DH00  
6 118000 250340  
Emballage scellé.

Laboratoires  
S.A.  
Phar

LOT N° :

TAHOR 10MG 28 CPS  
P.P.V : 79DH00  
6 118000 250340  
Emballage scellé.

Laboratoires  
S.A.  
Phar

TAHOR 10MG 28 CPS  
P.P.V : 79DH00  
6 118000 250340  
Emballage scellé.

Laboratoires  
S.A.  
Phar

TAHOR 10MG 28 CPS  
P.P.V : 79DH00  
6 118000 250340

Laboratoires  
S.A.  
Phar

Dr. BENABBES TAARJI F.Z  
Endocrinologue - Diabétologue  
Angie 2003, 2ème étage  
Imme. Commun. 1er étage  
Casablanca - Tel: 0522 90 07 85 - 0661 08 15 48 - E-mail: drbenabbes@hotmail.fr

LOT : CTO10E  
PER : 09 2024  
PPV : 64 00

TAHOR 10MG 28 CPS  
P.P.V : 79DH00  
6 118000 250340

Laboratoires  
S.A.  
Phar

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

1814653 MA	6 118001 031085
	GALVUS MET® 50 mg/850 mg Boîte de 60 comprimés
	PPV : 390.00 DH
	GALVUS MET® 50 mg/1000 mg Boîte de 60 comprimés
	PPV : 390.00 DH
	GALVUS MET® 50 mg/850 mg Boîte de 60 comprimés
	PPV : 390.00 DH
	GALVUS MET® 50 mg/850 mg Boîte de 60 comprimés
	PPV : 390.00 DH
	GALVUS MET® 50 mg/850 mg Boîte de 60 comprimés
	PPV : 390.00 DH
	GALVUS MET® 50 mg/850 mg Boîte de 60 comprimés
	PPV : 390.00 DH
	GALVUS MET® 50 mg/850 mg Boîte de 60 comprimés
	PPV : 390.00 DH

6 "118001"U31085"	GALVUS MET® 50 mg/850 mg Boîte de 60 comprimés
	PPV : 390.00 DH
"118001"U31085"	GALVUS MET 50 mg/850 mg Boîte de 60 comprimés pelliculés
	PPV : 390.00 DH

