

# 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.

## Educations :

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.

## Prothèse 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



## Déclaration de Maladie

N° P19-0048317



Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1956 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHERKROUN ANISSA

Date de naissance : 18/05/1956

Adresse : 109, Rue MONTAIGNE VAL FLEURI

CASA BLANCA

Tél. : 0561465924 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/08/2020

Nom et prénom du malade : BENCHERKROUN ANISSA Age :

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

Nature de la maladie : Affection Dermatologique

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 : 07/08/2020

Signature de l'adhérent(e) : Ben

ACCUSE



# 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
06.08.2024	US	0	350dh	Dr. Khalid EL ANASSER DERMATO-VENEROLOGUE Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Bd. Abdelhadi Boualeb Casa Tél: 0522 90 04 17

# EXECUTION DES ORDONNANCES

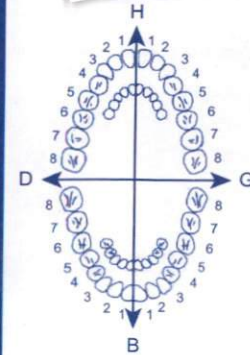
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL ANASSER Dr. Sidi Abderrahmane N°22, L'Esplanade, Casa Tél: 0522 39 88 73	06/08/2024	123,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

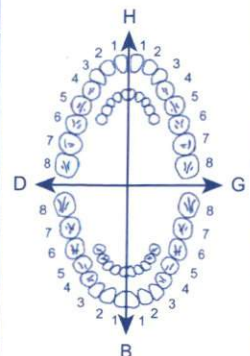
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



39,60  
PPV: 39,60 DH  
EXP: SEP 2024  
LOT: M0028

COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION



**DOCTEUR Khalid LAMNIAI**

**SPECIALISTE**

Maladies de la peau et du cuir chevelu  
Infections sexuellement transmissibles



**الدكتور خالد المنيعي**

إختصاصي  
في أمراض الجلد والشعر  
الأمراض التناسلية

Casablanca, le

06/08/2020

الدار البيضاء، في

**MME BENCHEKROUN ANISSA**

**PLIS**

8420

**-DERMOFIX POUDRE**

39.60

**LE MATIN PDT 1 MOIS**

**-EXODERIL CREME**

**LE SOIR PDT 1 MOIS**



123.80



**Dr. Khalid LAMNIAI**  
DERMATO-VENEROLOGUE  
Angle Bd. Sidi Abderrahmane  
et Bd Abdelhadi Boutaleb  
Casa Tél: 0522 90 04 17