

## 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, parodontologie 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 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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)



## Déclaration de Maladie

N° W19-499812

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11471 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ASERRAR Nustapha

Date de naissance : 13/12/74

Adresse : N° 191 LOT MABROUKA Sidi MABROUK, Casablanca

Tél. : 06 66 35 08 93 Total des frais engagés : 532,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mohammed BENNIS  
Spécialiste Pédiatre  
3 Angle Rue Derrâ Avenue Hassan II  
Tél: 022.22.14.55 - Casa

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02 / 01 / 20

Nom et prénom du malade : ASERRAR Ahmed Loukmane Age : 12 ans

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

Nature de la maladie : Malade chronique

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 : Casablanca Le : 08/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-499812

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e) :

Matricule : 11471

Nom de l'adhérent(e) : ASERRAR

Total des frais engagés : 532,30 Dhs

Date de dépôt : 08/01/2020



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
2.1.20	C2	1	252,25 DH	INP : 091626564 Dr. Mohammed BENNIS Spécialiste Pédiatre 3 Angle Rue Dar el Aven Hassan II Tél: 022.22.14.55 - Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدية الادارية Pharmacie Idrissides Tél: 05 22 32 10 80	02/01/2020	282,25

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	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DEBUT D'EXECUTION [ ]  FIN D'EXECUTION [ ]
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DATE DU DEVIS [ ]  DATE DE L'EXECUTION [ ]
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— 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

# Docteur BENNIS Mohammed

Ex-Enseignant à la Faculté de Médecine &  
au Centre Hospitalier Ibn Rochd Casablanca

## PEDIATRE

NEONATOLOGIE - NUTRITION - REANIMATION  
URGENCES - ASTHME

# الدكتور بنيس محمد

أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب  
والمركز الجامعي الدار البيضاء



PPV: 17,00  
LOT:  
PER:

Casablanca, le 02.01.202

PPV: 59DH00  
PER: 02-21  
LOT: H352

PPV: 59DH00  
PER: 02-21  
LOT: H352

Ant ASERRAR Ahmed Loukmane

Age : 11 ans 10 mois

Poids : 55,00 Kg

### 1 SAPHIR SACHET 500

Prendre 1 sachet le matin, à midi et le soir, pendant 4 jours.

### 2 NURODOL COMPRIME 200

Prendre 1 comprimé le matin, à midi, le soir et au coucher pendant 4 jours.

### 3 DRILL TOUX SECHE SANS SUCRE 5 mg/5 ml sirop

Prendre 1 cuillère mesure le matin, à midi et le soir, avant le repas, pendant 4 jours.

### 4 PHYSIOMER SPRAY HYPERTONIQUE

Faire 1 pulvérisation le matin, à midi, le soir et au coucher.

### 5 RHUMIX SACHET

Prendre 1 sachet le matin, à midi et le soir, avant le repas, pendant 4 jours  
1 boîte

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

## Drill

Toux sèche  
ENFANTS  
sans sucre



oidissements.

**Rhumix®**  
Boîte de 10 sachets

P.P.V. : 22,00 DH



6 118000 191032



IMPORTED  
& DISTRIBUTED BY:  
S.I.C.  
Bldg n° 56 - Street 104  
Maadi - Cairo - EGYPT  
Registration: 18020101

استيراد شركة سنار للتجارة الدولية

**BOTTU SA**  
PPC : 109 DH-00



3 564300 001039

LOT

EXP :

10004470  
2022 01

3, زنفة درعة، محج الحسن الثلثي - البيضاء - الهاتف ع.: 05 22 22 14 55 - الفاكس: 05 22 22 14 56 - المحمول: 06 61 15 48 60

3, Rue Darâa, Angle Av. Hassan II (en face CNIA & CIH) Casablanca - Tél.: 05 22 22 14 55 - Fax: 05 22 22 14 56 - GSM: 06 61 15 48 60

E-mail: drmbennis@yahoo.fr