

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

- 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



Déclaration de Maladie : N° P19- 0001894

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) **22620**

Matricule : **05792** Société : **RAM**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : **RETRAITE**

Nom & Prénom : **SAIDI Abdelkamel** Date de naissance : **02.01.1960**

Adresse : **RES WAFI 4 IM 44 APT 14 WIAJ-OMFA/CASA**

Tél. : **0603175420** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur **SEMMAMI Mouna**
OMNIPRATICIENNE
Rés. **Al Mostakbal - GH 34 Imm 300**
N° 1 **Bd Al Qods - Sidi Maârouf - Casa**
Tél : **05 22 97 26 91**

Cachet du médecin :

Date de consultation : **18 FEB 2020**

Nom et prénom du malade : **SAIDI Abdelkamel** Age :

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

Nature de la maladie : **Affection digestive + Rhumatisme + Rhinite**

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 : **CASA**

Le : **26/02/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **Saidi**

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
18 FEV 2020	CA		180,00	Docteur SEMMAMI Mouna OMNIPRATICIENNE Rés. Al Mostakbal - GH 34 Imn 300 N° 1, Bd Al Qods - Sidi Maaroul - Casa Tél : 05 22 97 26 91

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

INPE 092030949

18/02/2020

633,50

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

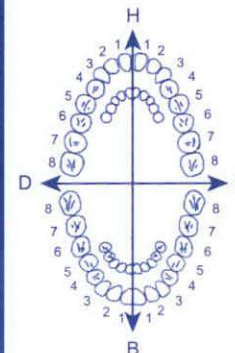
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

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

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

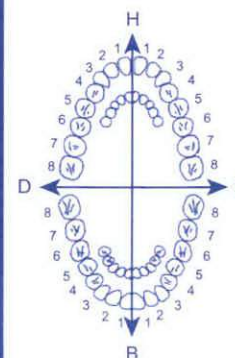
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Dr. Mouna SEMMAMI

Diplômée en Expertise Médicale
et Réparation du Dommage Corp.
Diététique Médicale et Nutritionnelle
Dermatologie Interventionnelle

Médecine Générale

Coltrax® 4 mg 
12 comprimés

49,40

الدكتورة منى السمامي

مجازة في الخبرة الطبية
و إجبار الضرر

201,00

Casablanca, le : 18 FEB. 2020 : الدار البيضاء، في

Mr Saïdi Abdelssamad:

201,00

1°/ Daflon 1000

1cp x2

(15J)

2°/ Sedastent

Bain de siège x2

1J

3°/ Spectrum 500 mg.

1cp x2

(10J)

49,40/4 Coltrax

2cp x2

(7J)

44,20/5 Naprofel

1 appli cuti on x2

1J &

6°/ Nazair

2 doses

Immune le soir

75,00
Σ = 633,00

Coltrax® 4 mg 
12 comprimés

49,40

Spectrum® 500
Ciprofloxacine 20 Comprimés



6 118000 081937

149,50

Naprofel gel 10%, tube de 50g 



6 118000 310136

44,20

NAZAIR®
Suspension pour pui
flacon de 10



6 118001

LOT: GA90545
PER: 04/2021
PPV: 75 DH 00

05 22 97 26 91 : الهاتف - الدار البيضاء ،
Résidence Al Moustakbal, GH34, Imm. 3

SEDASTENT

LOT 4 PER 21
Prix 65,00

mca - Tél : 05 22 97 26 91