

# 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.

## Diologie 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.

## Prothèse :

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° P19-0026179

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1956 Société : 23669

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHEKROUN ANISSA

Date de naissance : 18/05/1956

Adresse : 109, Rue MONTAIGNE VAL FLEURY

CASABLANCA

Tél. : 0661465224 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. DAÏF ABDELMOUNAIM  
Médecin SEMUR  
4, Centre Commercial Nadia  
Route El Jadida - Casablanca  
Tél : 0522 93 16 16 - Gsm : 0661 479 079

Date de consultation : 30/01/2020

Nom et prénom du malade : Benchekroun Anissa Age : 63 ans

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

Nature de la maladie : Intoxication alimentaire

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 04 MARS 2020

Signature de l'adhérent(e) : Ben



# 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
30/01/2020	Consultation à domicile	1	300,00	Dr. DAIFE ABDELMOUMIN Médecin Généraliste 4, Centre Commercial Route El Jadida - Casablanca Tél.: 0522 98 16 18 - GSM: 0661 479 079

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MASJID C.I.L. Dr. Sonia Aboumerouane 222 Lotissement du Stade Hay Essalam - C.I.L. - Casa Tél: 0522 39 88 73	30/01/2020	113,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

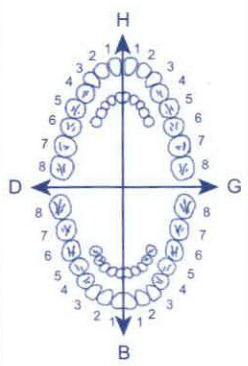
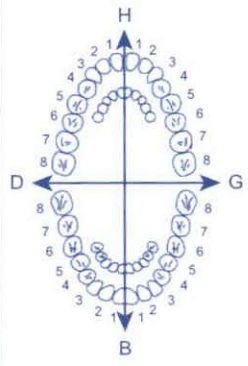
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



SERVICE MÉDICAL D'URGENCE ET DE RÉANIMATION

- Visite à domicile
- Transport médicalisé et non médicalisé
- Évacuation sanitaire (terre, air et mer)
- Assistance médicale 24h/24h et 7j/7j

# Allo Tabib

Tél.: 05 22 98 16 16

GSM.: 06 61 47 90 79

Fax: 05 22 99 01 69

www.semur.ma

سيارة الإسعاف AMBULANCE

VEUILLEZ PRENDRE CONTACT AVEC VOTRE MÉDECIN TRAITANT

Casablanca, le 30/01/2020 في الدار البيضاء.

55,30 opé Bouchekroune Amissa. (SV)

1) Flaxinat 200 mg (cp) 2 - (SV) - 1 (5 p)


2) Esac 200 mg (gel) 49,40 1 gel 1; (Mat à jeun).

3) spasfan 80 mg (cp) 27,00 2 - 0 - 2 (5 p)

4) Notilin (sirop) 40,80 1 code 13 (SV)

5) Doliprane 500 mg (92) 10,30 1 code 13 (SV)

LOT : 9MA167  
PER.: 02 2022

MOTILIUM 1MG/ML   
SUSP BUV FL 200 ML

P.P.V : 40DH80



PPV :  
Lot N° :  
Exp :

55,30

27,50

LOT 49,40  
PER 01/23  
PPV 49DH40

10,30

PER 10DH30  
PER 09/22  
LOT 11944