

## 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° W19-429854

ND: 98096

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4969	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Mohamed
Nom & Prénom : FAHAM			
Date de naissance : 16-6-1965			
Adresse : Habutelle			
Tél. : 0666046687	Total des frais engagés : 387,90 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. Med BENCHEKROUN OMNIPRATICIEN Diplômé : Echographie Diabétologie BON N° 70 Bloc 36 CASA			
Date de consultation : 20/03/2020			
Nom et prénom du malade : Zerouali Nizar Age: 54			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Symptome vertigineux			
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 : 01/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-429854
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 :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
07 Mars 2020	C		150	INP : 109110281202 Dr. Med RES 01/03/2020 CASA 70 Bloc 36 00 31 32 38 00 31

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Ph. Sanaa Casablanca SIDI AÏCHA BP 1000 15 SIDI AÏCHA 05 22 37 35 99	07.3.2020	237.90

## **ANALYSES - RADIographies**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

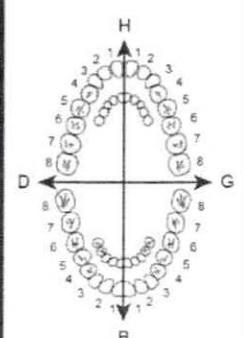
**Important :**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21432552
00000000	00000000
<hr/>	
00000000	00000000
25532411	21432552



## [Création, remont, adjonction]

		DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohamed BENCHEKROUN

OMNIPRATICIEN

Diplôme d'échographie  
Générale (D.U) de Montpellier

Diplôme de Diabétologie  
(D.U) de Montpellier

Membre de la société Francophone  
de Diabétologie S.F.D

Diplôme Universitaire  
de dietétique Médicale et Nutrition

Electrocardiogramme

الدكتور محمد بنشررون

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى  
جامعة مونبولي

دبلوم مرض السكري  
جامعة مونبولي

عضو الجمعية الفرانكوفونية  
لمرض السكري

دبلوم جامعي في الحمية  
وطب التغذية

التخطيط الكهربائي للقلب

الدار البيضاء، في :

Casablanca, le : 07 Mars 2020

Mme Najat ZEROUALI

78,00

78,00 -Betaserc : 1.....0.....1 cp au milieu

Mag 2 n 1 : 1.....1.....1 ab.

Yogalène suppo : 1.....0.....1 suppo

LOT : 191307  
PER : 09-22  
PPV : 11,30 DH

PPV 99.00 DH

PPV :  
LOT : 49,60 DH  
18F07B/2  
EXP : 06/2021

BENCHEKROUN  
OMNIPRATICIEN  
Diplôme : Echographie - Diabétologie  
N° NII N° 70 Bloc 36 CASA  
Tél : 05 22 38 00 34

Ph. Sanaa Casablanca  
SARL  
Bloc 18 N° 15 Sidi Othmane  
Tél : 05 22 37 56 90

بلوك 36، رقم 70 شارع النيل سيدى عثمان - الدار البيضاء - الهاشمية  
Bloc 36, N° 70 Boulevard du Nil, Sidi Othmane - Casablanca - Tél. : 05 22.38.00.34

E-mail : benchekroun-mohamed@hotmail.com