

# 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.

## Diagnostique 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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° M20- 0000470

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4540 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENBYA Fatima

Date de naissance : —

Adresse :

Tél. : 0265138039 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 21 / 04 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :


*BENBYA*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

# 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
21/01/2021		1	1500,4	 <p>Mouna CHERQUAI SAOULI 1er Etage - Apt 3 - Casablanca Tél : 05 22 71 24 14 WhatsApp : 05 93 07 15 89</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/01/21	342,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

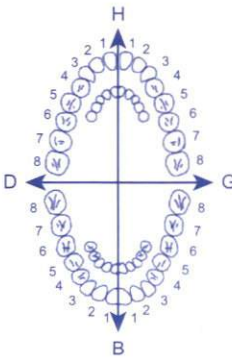
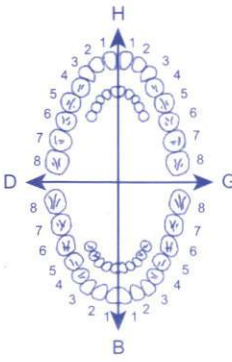
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

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																								
	<table><tr><td colspan="2">H</td><td></td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">B</td><td></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																								
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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 CHERQAUI

MEDECINE GENERALE

D.U. d'Échographie

C.U. de Gynécologie Médicale

D.U. en Diabétologie

D.U. Diététique Médicale et Nutrition



الدكتورة منى الشرقاوي

الطب العام

د الفحص بالصدى

ش.ج. طب النساء

د.ج. في مرض السكري

د.ج. التغذية و الحماية الطبية

Casablanca, le : 21/01/2021 في : الدار البيضاء

21/01/2021

Mr Abdou Amir

Lot:

DS10/20

DLC:

10/2023

P.P.C : 109,00 DH

109,00  
D-STRESS

1 comprimé le soir , au milieu des repas, pendant 1 mois

49,50  
SEDATIF PC

2 comprimés, 3 fois par jour, à sucer

69,00  
TETRALYSAL 300 N° 2

1 gélule par jour au milieu des repas

75,00  
OROSTIM

1 gélule, matin , au milieu des repas, pendant 1 mois

43,80  
PERVITAL

1 comprimé , 3 fois par jour



BOTTU SA  
PPV : 45 DH 50

Lot N° / Batch N° / رقم الدفعة  
Fab / Mfd / تاريخ الإنتاج  
Exp / Exp / تاريخ انتهاء الصلاحية

COOPER PHARMA

PPC : 75,00 DH

342 12  
Docteur Mouna CHERQAUI SAOURI

Hay Attacharouk Sect. 2 Tr. 3 Imm. 10  
1er étage - Appt 3 - Casablanca

Tél : 05 22 71 24 14

Whatsapp : 06 93 07 15 89



TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
AMM N°26 DMP/21/INC  
P.P.V. : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
BPN°1, 27182 Bouskoura-Maroc



حي الولاء، التشارك. فصل 2 الشطر 3 عمارة 10 رقم 3 الطابق 1 الهاتف : 05 22 71 24 14 / 06 93 07 15 89 - البيضاء  
Hay El Walaâ - Attacharouk - Secteur 2 - Tranche 3 Imm. 10 Appt 3. 1er étage Tél.: 05 22 71 24 14 / 06 93 07 15 89 - CASABLANCA