

## 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'El  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-013576

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 88 12 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TARHALI ABDERRAHMANE

Date de naissance : 14/11/1966

Adresse : Qu. BURGEX MAARIF

Tél. : 06 75 59 22 15

Total des frais engagés : 306,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr LEMSEFFER Abdelhak  
Gynécologue-Obstétricien  
127 Boulevard Zerktouni  
Casablanca

Date de consultation : 5/6/23

Nom et prénom du malade : Bountoussin marie Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 05/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
5/6/23	G	G		Dr. JEMSEER Abdeljalil Gynécologue-Obstétricien 52, Boulevard Zerkouni Casablanca

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

05/06/23 346

# 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 des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

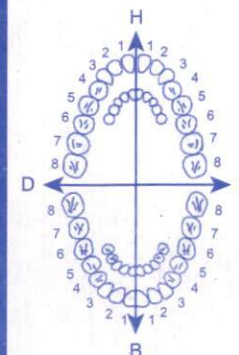
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

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

## 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

Docteur Abdeljalil LEMSEFFER

Gynécologue - Obstétricien

Ancien Chef de Clinique - Assistant  
des Hôpitaux de Tours (France)



الدكتور عبد الجليل المسفر

إختصاصي في أمراض النساء و الولادة

أستاذ مساعد و رئيس عيادة سابقا  
بالمركز الصحي الجامعي بتور (فرنسا)

Casablanca, le

5/6/23

Pour l'assise main

60<sup>+</sup> x 3



Flex : 1/2 - 2/3 - 15j  
(30)

62<sup>+</sup> x 3



Lezirett : 1g/j sans sucre  
(à la même base)  
(30)

PHARMACIE DAOUSSI  
Daoussi Said  
Docteur en Pharmacie  
38, Lot Al Othman, Casablanca  
Casablanca - Tél : 05 22 22 22 80

Dr LEMSEFFER Abdeljalil  
Gynécologue-Obstétricien  
52, Boulevard Zerkouni  
Casablanca

52, Bd. Zerkouni - Espace Erreda - CASABLANCA - الدار البيضاء - شارع الزرقطوني

Tél.: 05 22 22 22 80 : الهاتف - Fax : 05 22 22 32 45 : الفاكس

E-mail : jlemseffer@gmail.com - En cas d'urgence, appeller le : 06 61 13 28 46

Lot: LF28477A  
Per: 10/2024  
PPV: 42 DH 00



Lot: LF28455A  
Per: 10/2024  
PPV: 42 DH 00



Lot: LF28477A  
Per: 10/2024  
PPV: 42 DH 00



**FERPLEX<sup>®</sup> 40 mg** ○  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Flacons buvables  
PPV 60,00 Dhs  
  
6 118001 440016

**FERPLEX<sup>®</sup> 40 mg** ○  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Flacons buvables  
PPV 60,00 Dhs  
  
6 118001 440016

**FERPLEX<sup>®</sup> 40 mg** ○  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Flacons buvables  
PPV 60,00 Dhs  
  
6 118001 440016