

# 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractères 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



ND: 27570

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0023446

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 793 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : CAID RASS HANAN Date de naissance :  
Adresse : CASA  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 03 MARS 2020  
Nom et prénom du malade : CAID RASSOU HASSAN Age :  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : Broncho-pneumonie + Atelectasie  
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 : 03/03/20

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0023446

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 :

### 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
03/03/2020	C	5	250,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03.03.2020	265,00

### 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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		G																	
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# Dr. LEKHESSASSI CHANTAR Souâad

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nancy (France)

## Pneumo - Phtisiologue

- Maladies Respiratoires
- Asthme - Allergie Respiratoire
- Tuberculose
- Fibroscopie Bronchique
- Exploration Fonctionnelle Respiratoire

D.U. de Pathologie Respiratoire  
Professionnelle et environnementale

D.U. en Médecine de Travail



# الدكتورة الخصاصي شنطار سعاد

خريجة كلية الطب بنانسي (فرنسا)

## اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي

- الأمراض التنفسية
- الربو (الضيق) الحساسية التنفسية
- داء السل
- التنظير القصبي
- فحص الوظيفة التنفسية

الدبلوم الجامعي في الأمراض التنفسية  
المهنية و البيئية

الدبلوم الجامعي في طب الشغل

Casablanca, le ..... 03 MARS 2020 ..... : الدار البيضاء في

M<sup>r</sup> CAED RASSOU Housling

79,70

Azyx



Amoxiclav

2x4 / 5 pills



Helapranine

2x1x3/



Prinac B Forte

2x2 /



Calabrodol

2x1 / 6 pills

PHARMACIE MOUMEN  
LEMSEFFER Mahfoud  
Rue 3<sup>ème</sup> N° 47 - 51, Derb Foukara  
Casablanca, Tél. 05 22 82 69 00

AMM N° : 271/98D  
P.P.V. : 27,00 DH

PPU 50,60 -DH  
LOT P266 PER 10/2  
33 comprimés enro

PPV 38DH70  
EXP 09/2022  
LOT 96011

05 22 83 66 66 شارع الفداء، ساحة بوشنتوف الدار البيضاء الهاتف

318, Bd. EL Fida, Place Bouchentouf - Casablanca. Tél. 05 22 83 66 66

INPE : 091093617

69.00  
- Douvax  

---

24 x 3/5

265.00  
- Lactas  

---

24/5/6 avec pdd le 1/1/2022



LOT: 190478  
DLUO: 12/2022  
69.00DH

n° 2

Dr. LEKHASSI Souad  
Pneum. ~~Phétiologue~~  
318, Bd. El Fida Place Touchentou,  
Casablanca - Tél: 0522 83 65 00

**PHARMACIE MOUMEN**  
**LEMSEFFER Mahfoud**  
Rue 31 N° 47 - 51 - Derb Foukara  
Casablanca Tél: 05 22 82 89 00