

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **ique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

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.

## **adie 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

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

95 938

## **Déclaration de Maladie : N° P19- 0009171**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1490

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bel Abbès Kholif Date de naissance :

Adresse : 635 Rue Goulimima appr 9 Casa.

Tél. : 0662 620228 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Docteur Anne LACROIX - BENSAID  
Médecin Généraliste et Urgentiste  
645, Rue Goulimima - 1er Etage  
Casablanca - Tél. : 05 22 29 91 23

Date de consultation : 11/03/2020

Nom et prénom du malade : KHIDILOUI ep. BELABES

Age : 51

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : DNCI HTA des deux bras

lèves me nodule & ilG voix

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 : 11/03/2020

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)

### **VOLET ADHERENT**

## **Déclaration de maladie N° P19- 0009171**

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**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
140320	C	2001	200,00	 Dr. Jean LARROUX-BENSAID Générologie et Urgences 15 Rue Gouffier - 1er Etage 05 22 29 80 80

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Nezha El A 06 22 48 21 71 / 72 - FAX 06 22 26 03 18	14/3/2020	452,60
092010982		

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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

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 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<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 REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Anne Lacroix Bensaid

Médecin Généraliste - Urgentiste

Diplômée de la Faculté Necker de Paris

Consultation sur rendez-vous

Visite à Domicile

Tél. : 05 22 29 91 23

Casablanca, le 11.03.2020

الدكتورة آن لكروى بنسعيد

الطب العام - المستعجلات

خريجة كلية نيكرباريس

زيارة بالموعد

فحص منزلي

الهاتف : 05 22 29 91 23

الدار البيضاء، في

ALD 49,40 x 1



Hôpital ep BEZABES  
Fatima.

- ATCLORS 1cp ce soir  
(ou ATCARDS) 2cp demain  
1cp/j si RATA < 6

- EPICA 50mg x 2/j.  
(ou Lyrica)



49,80 x 1



FLAGYL

1cp x 3/j (10gées)

51,00

500 TANORANIC

ne boire 1cp si vertige

34,40

MOTILIA

1cp x 3/j ne boire  
si nausée

49,00

- BELNAYZOL 20

1gel/j. 28gel.

ALD

GENSTAT 10mg

1cp/j (sauf CPK élevé)

33,00 x 2

- MUSON

deux tabs

452,60

أرزقة گلميبة - حي بورگون - الطابق الأول - الدار البيضاء 1645

645, Rue de Goulmima - Quartier Bourgogne - 1er étage - CASABLANCA 20040

CNSS : 6633342 - Patente : 35405862 - I.G.R. : 401-07-167 - INP : 091 088 096

N°ordre : 078 / 03 - ICE : 001939188000002

Dr Anne LACROIX BENSAID  
Généraliste - Urgentiste  
645, Rue de Goulmima - Casablanca 20040  
CNSS : 6633342 - Patente : 35405862 - I.G.R. : 401-07-167 - INP : 091 088 096  
N°ordre : 078 / 03 - ICE : 001939188000002

~~Belmox 01~~  
49,00

LOT : MO233  
PER : 05/2022  
PPV : 33,00 DH  
*M 10 g*  
تحالل  
فه

LOT : MO158  
PER : 10/2021  
PPV : 33,00 DH  
*M 10 g*

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V : 49DH80  
LOT : MO1121  
PER : 05/2024  
6 118000 060062  
*10*

**Amcard®**  
Amlodipine  
5 mg  
28  
*49,40*

**Tanganil® 500 mg**  
تاجانيل 500 ملغ  
30 comprimés - فرص 3  
VTE : MA - PPV : 51DH00  
**Tanganil® 500 mg**  
تاجانيل 500 ملغ  
30 comprimés - فرص 30  
VTE : MA - PPV : 51DH00  
*10*

**Tanganil® 500 mg**  
تاجانيل 500 ملغ  
30 comprimés - فرص 30  
VTE : MA - PPV : 51DH00  
*10*

*Montelukast*  
34,40