

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

## tions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## ologie 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.

## que :

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

## luation :

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 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.

## 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 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

N° P19-0033139

ND=29/11/6

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10556 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENCHERKOUR Aissa

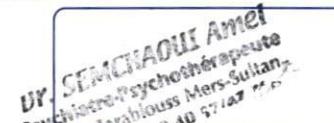
Date de naissance : 18/05/1956

Adresse : 109, Rue Montaigne Val fleuri  
CASABLANCA

Tél. : 06 61 46 52 24 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/04/2020

Nom et prénom du malade : BENCHERKOUR Aissa Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Démén

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : 24/04/2020

Ben

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-033139

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                              |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 24/04           | consult           |                       | 9000                            |   |
| 20/20           | consult           |                       |                                 | Dr. SEY, Psychiatre Psychothérapeute<br>12, Rue Tarbouss Mers-Susse<br>tel: 022 20 40 57 12 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Pionneur   | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 16/04/2020 | TOTAL<br>403,00       |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

### 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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             | Coefficient des travaux |
|                 |                |                  |             | Montants des soins      |
|                 |                |                  |             | Début d'exécution       |
|                 |                |                  |             | Fin d'exécution         |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

### **(Création, remont, adjonction)**

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on the left (labeled 1) and the second molar on the right (labeled 1). The teeth are numbered sequentially from 1 to 8 on both the upper and lower arches. The upper arch has 14 teeth, and the lower arch has 14 teeth. The teeth are represented by small circles with numbers, and the arch is shown as a continuous curve.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Semchaoui Amel  
Psychiatre  
Psychothérapeute

Diplômée de la Faculté de  
Médecine de Bordeaux  
Expert Assermentée auprès des tribunaux  
Sur Rendez-vous

الدكتورة السمشاوي أمال  
أخصائية في الأمراض العقلية  
و النفسية  
خريجة كلية الطب ببرود  
محلقة درى (السماحة)  
بالدوعر

7<sup>me</sup> Benckersen Anse

24/04/2020

126,80 x 3

CHF 380,45

Zehrt gelief.

3 Bds

1 gel. mit and.

23, 1

Lysine 100 mg x 100

75 Bds

TOTAL

403,50 / net

DR. SEMCHAOUI Amel  
Psychiatre Psychothérapeute  
42, Rue Tarabouss (ex. Lamoricière)  
Casablanca. Tél: 022 20 40 57 36 18



42، زنقة طرابلس (لمورسيير) مرس السلطان - الدار البيضاء  
42, Rue Tarabouss (ex. Lamoricière) Mers Sultan - Casablanca  
الهاتف : 05 22 20 40 57 - 05 22 47 36 18  
الفاكس : 05 22 22 81 34

Ne pas laisser à portée des enfants

Lysanxia® 10 mg

40 comprimés



6 118000 250289

Laboratoires Pfizer S.A.  
0,5 km, Route de Oualidia - El Jadida  
® Marque déposée  
N° ADSP : 10/DMP/21/NCF

23,10

UT. AV :

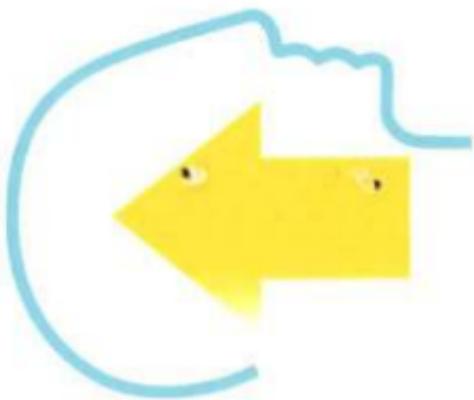
0 0 0 0 2 0

P.P.V

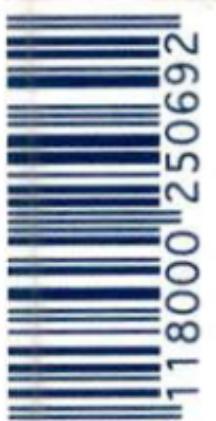
LOT N° :

1 2 7 4 5 1 9

2 3 1 0



Zoloft<sup>®</sup> 50 mg   
30 GELULES



6

زويفت

سيترالين  
50 mg

126,80

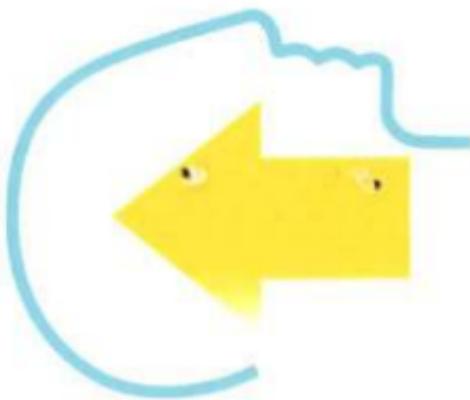
Pfizer

كبسولة 30

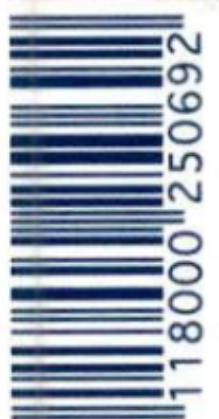
UT. AV :

P.P.V

LOT N° :



Zoloft<sup>®</sup> 50 mg   
30 GELULES



6

زويفت

سيترالين  
50 mg

126,80

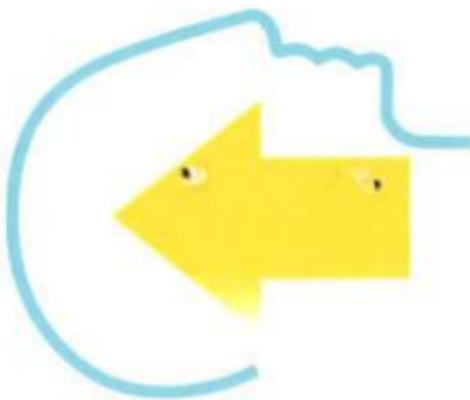
Pfizer

كبسولة 30

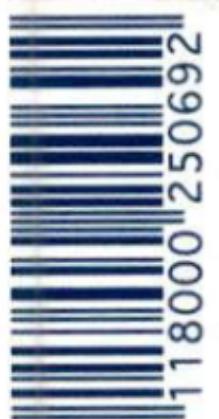
UT. AV :

P.P.V

LOT N° :



Zoloft<sup>®</sup> 50 mg   
30 GELULES



6

زويفت

سيترالين  
50 mg

126,80

Pfizer

كبسولة 30

UT. AV :

P.P.V

LOT N° :