

# 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.

## Biologie 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.

## Prothèse dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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° S19-0002668

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0965 Société : DAN, M, 3563

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Rente

Nom & Prénom : ELMOSTAFA SAMIR Date de naissance : 1-1-1950

Adresse : Rue Azema Impasse N° 12 ALPHASIS CASA

Tél. : 0699900217 Total des frais engagés : 544,40 DH

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BENNIS Khalid  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE  
PROCTOLOGIE MEDICO CHIRURGICALE  
Rès Mawla 4 Angls 3d Abdelmoumen  
et Bd Anoual Casablanca  
Tél 05 22 98 41 16

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Samir EL

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Enfant

Nature de la maladie : 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 : CASA Le : 18/06/2020

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



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13.06.2020      | Forfait           | 5.103                 | 1000                            |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE ODYSSEE Asmaâ Amor 15 bis, Rue de la Ferme Bretonne Beausjour Casablanca Tél/Fax: 0522 25 52 63 | 13.06.2020 | 544,60                |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

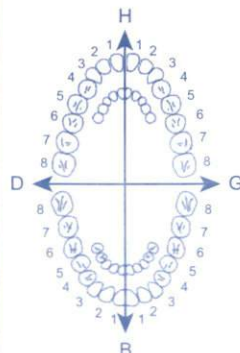
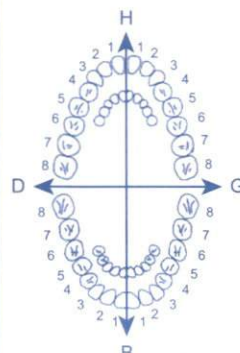
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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 canaux, 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<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 00000000 G<br>35533411 11433553<br>B<br>[Création, remont, adjonction]<br>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

CLINIQUE

LOT 200002  
EXP 10/2021  
PPV 122.80DH

LOT 200002  
EXP 10/2021  
PPV 122.80DH

LOT 200002  
EXP 10/2021  
PPV 122.80DH

LOT 200002  
EXP 10/2021  
PPV 122.80DH

**Dr. BENNIS Khalid**  
HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE  
PROCTOLOGIE MEDICO - CHIRURGICALE  
Rés. Mawlid 4 Angle Bd. Abdelmoumen  
et Bd Anoual - Casablanca

Dr

ORDONNANCE

Casablanca le : 13/06/2020

Samir El Mostafa

128,80  
ARMACIE ODYSSEE  
ASMAA AMOR  
15 bis, Rue Tanane, Ferme Bretonne  
Beauséjour Casablanca  
Tél/Fax: 0522 25 52 63

Zogus 40

(SV)

491,20

53,20

14/1

2 ans  
(2 134)

53,20



Kayl

(SV)

ARMACIE ODYSSEE  
ASMAA AMOR  
15 bis, Rue Tanane, Ferme Bretonne  
Beauséjour Casablanca  
Tél/Fax: 0522 25 52 63

**Dr. BENNIS Khalid**  
HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE  
PROCTOLOGIE MEDICO - CHIRURGICALE  
Rés. Mawlid 4 Angle Bd. Abdelmoumen  
et Bd Anoual - Casablanca  
Tél/Fax: 0522 25 52 63