

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-496368/8829

41634

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8829 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SENE RACHIDA  
 Date de naissance : 14.05.69  
 Adresse : LA NENE  
 Tél. : 0667478977 Total des frais engagés : 876 M

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdeljalil LEMSEFFER  
Gynécologue - Obstétricien  
52, Bd. Zerkouni - Casa

Date de consultation : 16/7/20  
 Nom et prénom du malade : SENE RACHIDA Age : 51 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
 Fait à : CASABLANCA  
 Signature de l'adhérent(e) :  
 Le : 16/7/2020

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.



# 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
16/07/20	E	2		INPE 091093658

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU PHARE ICE : 000810976000039 16, Avenue du Phare - CASABLANCA Tél : 0522 26 68 19 - Fax : 0522 48 22 07	16/07/2020	276,

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

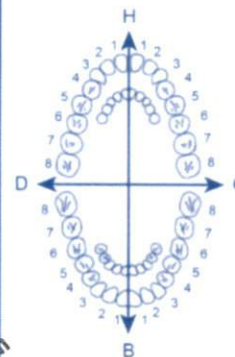
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Abdeljalil LEMSEFFER Gynécologue - Obstétricien 52, Bd. Zerktouni	26/07/20	1430	5000

## AUXILIAIRES MEDICAUX

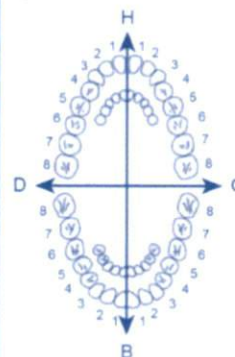
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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'EXE

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Climaston 1mg/5mg cp b28  
P.P.V : 92,00 DH  
6 118001 180646

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Climaston 1mg/5mg cp b28  
P.P.V : 92,00 DH  
6 118001 180646

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Climaston 1mg/5mg cp b28  
P.P.V : 92,00 DH  
6 118001 180646

de Clinique - Assistant  
Hôpitaux de Tours (France)

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

Casablanca, le

16/7/20

Dr. SEVE redida

- Séralyp : 28/5 levation 1mg

- CLIMASTON 1/5

92,00

1g/jour par 3mg (3B)

- Sérane (Lab 3 chairs)

1g/jour

276,00

- ACEROLA

1g/j

PHARMACIE DU PHARE  
ICE : 000830976000039  
16, Avenue du Phare - CASABLANCA  
Tél.: 0522 26 68 19 - Fax: 0522 48 22 02

Dr. Abdelhadi LEMSEFFER  
Gynécologue-Obstétricien  
52, Bd. Zerkouni  
Casablanca

PHARMACIE DU PHARE  
ICE : 000830976000039  
16, Avenue du Phare - CASABLANCA  
Tél.: 0522 26 68 19 - Fax: 0522 48 22 02

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



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

16/07/20.

Reçu

Nom et prénom :

SENNE Rachid

Je soussigné avoir reçu la somme de :

400,00 Dhs (quatre cents dirhams)

pour le règlement des frais de l'échographie gynécologique,

= K20 + K10 + 2Z.

Dr. Lemseffer

Dr. Abdeljalil LEMSEFFER  
Gynécologue - Obstétricien  
52, Bd. Zerkatouni - Casablanca

52, Bd. Zerkatouni - 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, appeler le : 06 61 13 28 46

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)

Echographie Pelvienne

16/7/22

SENSE Pichida

Utérus :

dvt N 2 fuse  
Linfie

Ovaire Droit :

N

Ovaire Gauche :

N

Douglas :

Conclusion :

Dr. Abdeljalil LEMSEFFER  
Gynécologue-Obstétricien  
S2: Rd. Zerkouni  
Echoblanco

