

# 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 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0022583

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1954 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAM RAVI Omar

Date de naissance : 6-7-51

Adresse :

Tél : 064186721 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENNANI Mohammed Jamal  
Spécialiste des Maladies Respiratoires  
Asthme Allergies Respiratoires Tuberculose  
Bloc 20 N° 4, 1er Etg Sidi Bernoussi Casablanca  
Tél : 05 22 75 55 86 / 06 51 11

Date de consultation : 11/11/2022

Nom et prénom du malade : LAM RAVI Omar Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC 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 : Le : 11/11/22

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

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

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 20/02           | R                 |                       | GRATUIT                         |                                                                |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

14/01/22 144,80

### 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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

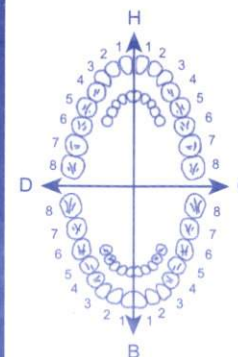
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### 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 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

[Création, remont, adjonction]  
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

Dr.Mohammed Jamal BENNANI

Faculté de Médecine de Lille (France)

Spécialiste des Maladies Respiratoires

Tuberculose - Asthme - Allergies Respiratoires

-Exploration Fonctionnelles Respiratoires

-Bronchoscopie

الدكتور محمد جمال بناني  
خريج كلية الطب بليل فرنسا  
إختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي  
داء السل - الضيق - الحساسية  
فحص الوظيفة التنفسية  
الفحص التنظير الداخلي

Tél Cbn 05 22 75 55 86  
Gsm 06 61 14 17 95

الهاتف 05 22 75 55 86 : العيادة  
المحمول 06 61 14 17 95 :

11.11.2022

Casablanca le : ..... : الدار البيضاء في

Mr LAMRANI Omar

20,00  
1 DOLIGRIPPE 8 SACHETS GRANULES

1 sachet 2x par jour.

45,80  
2 ENROUEX CP À SUCER

1cp à sucer 3 x par jour

79,00  
3 APIXOL ADULTE

1 cuillère à soupe 3 fois par jour

Dr Mohammed Jamal BENNANI

eucalyptus, extrait sec d'echinacee, extrait de  
gingembre, agent de charge : sorbitol, poudre au miel,  
agent agglomérant : stéarate de magnésium, et silice  
olloïdale, édulcorant sucralfate, acésulfame K et  
spartame, arôme citron, arôme menthol.

LOT 22.039/FC23

PER 02/2025 PPC 45,80

complément alimentaire n'est pas un médicament

PPV:20DH00  
PER:04/25  
LOT:L.1324



8 032578 477337

Lot: 220005

À consommer

avant le: 02/2025

PPC: 79,00 DH

Bloc, 20 N°4 - 1er Etage - Sidi Bernoussi Casablanca

I.F: 52904794 - Patente: 31638261 - INPE: 091025