

## 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 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.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

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° W21-656294

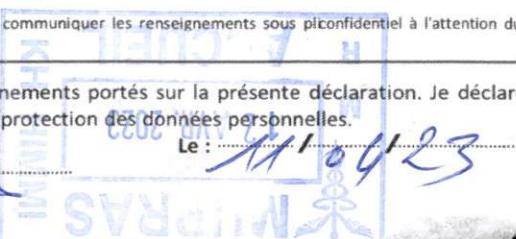
15/03/2023

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11109	Société : RAH		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : JABBAR YOUNES			
Date de naissance : 09-06-1973			
Adresse :			
Tél. : 06 61 57 11 78 Total des frais engagés : 406 Dhs			

Autorisation CNP N° A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
<p>Docteur Quadie BENNANI Pédiatre Homéopathe 159, Bd. Bourgogne Appt. N° 26 Résid. Shwar Casablanca - Tél. 05 22 43 04 73 GSM 06 61 42 44 46</p>	
Date de consultation : 14 MARS 2023	
Nom et prénom du malade : JABBAR YOUNES	
Age: 3	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Ulcérone	
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.	

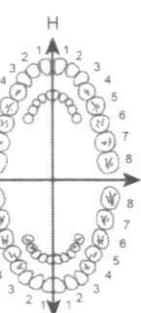
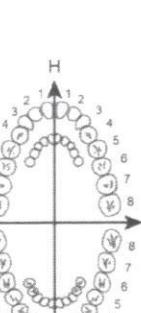
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : 11/03/2023  
Signature de l'adhérent(e) :



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
14 MARS 2023	CR		250,00 €	091025676 Docteur Quadie BEN Médecin Homeopathe sante Appt. N° 26 R 05 22 33 44

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																									
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																									
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																									
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>																				
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>																				
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>																				
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																				
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																				
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" data-bbox="1509 890 1713 1019"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession				H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000		00000000		00000000		00000000		35533411		11433553	
H		G																							
25533412	00000000	21433552	00000000																						
00000000		00000000																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>																				
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>																				
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>																				
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																									
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																									

Dr. Ouadie BENNANI

Pédiatre  
Homeopathe

Maladies des Enfants et Nourrissons  
Lauréat de la Faculté de Médecine de Tours  
Ancien Pédiatre des Hôpitaux de France  
Allergologie infantile et Asthme

Sur rendez-vous



الدكتور وديع بناني

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع  
والطب المثلث

خريج كلية الطب بتور - فرنسا  
طبيب الأطفال سابقًا بمستشفيات - فرنسا  
أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

بالموعد

14 MARS 2023

Casablanca, le

Dr. Ouadie BENNANI  
Hôpital Hassan II  
Tel. 0522 93 36 89  
Casablanca  
Maroc  
Médecin

JARBAR

JAG

Ⓐ) Lilikar Syndet

B--

Ⓑ) Lilikar Alpha

Agr B--

68.1 = 123) Repenthe Sebikh  
15

2.0 Ⓛ) Curec 821

15

1562.

06 61 42.44.46 إقامة شوان - الدراجيضا - الهاتف: 05 22 43.04.73 - المحمول: 059, Bd de Bourgogne, Appt N° 26, Résid, Shwan Casablanca - Tél.: 06 22 43.04.73 / GSM : 06 61 42.44.46  
E-mail : bennaniouadie@gmail.com البريد الإلكتروني:

⑤ Orléanspolis  
gel weet

Docteur Ouadie BENNANI

Pédiatre  
Homéopathie  
159, Bd Bourgogne Appart N° 28 Résid Shwar  
Casablanca - Tel 05 22 43 04 73  
GSM 06 61 42 44 46

BAYER

غ 20

ترجيا الصفيحات الدهنية  
تصلح وترم الحاجز الجلدي  
لتحفيض الحكة بشكل أسرع

pro  
régénération  
la peau  
تحفيض  
لدعم عملية تجديد الجلد  
يحتوي على بروفيتامين باء 5

لقد اختر هذا المنتج  
الناتجة عن جفاف الجلد أو  
الإكزيما

# بيبانطين سانسيكالم®

حال من الكورتيزون

# بيبانطين سانسيكالم®

حال من الكورتيزون

كريمة تخفيف الحكة للجلد الذي يعاني  
من الإكزيما

30  
دقيقة

le d'emploi: voir la notice

30  
دق

يساعد على تخفيف الحكة والاحمرار في حالة وجود إكزيما أو ردود  
 فعل حساسية وذلك في غضون 30 دقيقة

GP02AKR  
05  
2024

LOT

PPC: 68,10 DH

GP02AKR  
05  
2024

LOT

PPC: 68,10 DH

