

# 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.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° M21- 068466

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10360 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Khoulmi ELHABIB

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/11/2023

Nom et prénom du malade : NAIMI CHAERAK Age:

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

Nature de la maladie : Affection Bronchique

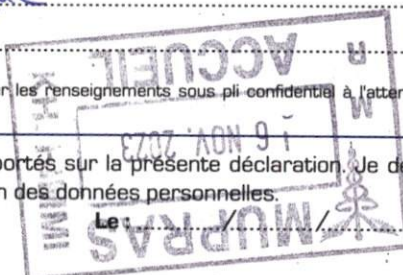
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



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
13-11-23	Radio. Thorax		250,00 200,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL WAFAE Dr. Meriem OUEDRHIRI N° 152, Coopération Al wafae - Deroua Casablanca - Tél.: 05 22 53 24 22	13/11/23	450,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

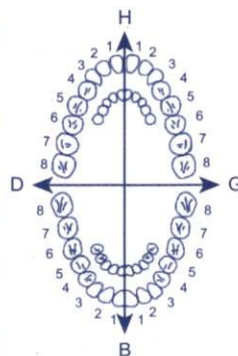
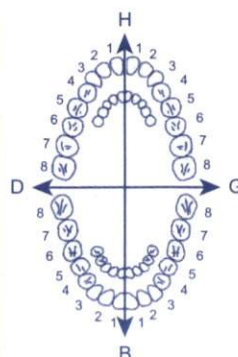
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة حنان بنيس  
Docteur Hanane BENNIS

PNEUMOLOGUE

Diplôme de la Faculté de Médecine d'AMIENS  
Spécialiste des Maladies broncho-pulmonaires  
Tuberculose, Asthme et Allergie



خريجة كلية الطب بأميان فرنسا  
إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي  
داء السل، الحساسية و الضيقة

Casablanca, le 13/11/2023 في الدار البيضاء

R8

Naïme Chououk

46,50

Total 174,30

1) Clenil forte spray

2 b/c

3/11 x 8 j

130,00

125,00

2) Biohc plus 1g

57,00

1s

3/11 x 10 j

3) Dicynone 500 T

30,00

1 cp

3/11

4) Fluiban 200mg

45,00

3 cp

3/11 x 6 j

Docteur Hanane BENNIS  
PNEUMOLOGUE

295, Bd. Driss El Harti Sbata  
Casablanca - Tél: 05 22 55 66 77

ICE: 00185686700011

295, شارع إدريس الحارثي - قرية الجماعة - الهاتف: 05 22 55 66 77 - الدار البيضاء

295, Bd Driss El Harti-Cité Djemaâ - SBATA - Tél: 05 22 55 66 77-Casablanca-E-mail: hanbennis06@gmail.com ICE: 001856867000011 IF: 35403877

Pharmacie AL WAFAE  
Dr. Meriem OUEDRHIRI  
N° 152, Coopérative Al wafae - Deroua  
Casablanca - Tél.: 05-2253 24 22



BIOTIC PLUS 1g/125 mg 

Poudre pour suspension orale en sachet

Bouteille de 14 sachets P.P.V. : 130,00 Dht



6 118000 191742

BIOTIC PLUS 1g/125 mg 

Poudre pour suspension orale en sachet

Bouteille de 14 sachets - P.P.V. : 125,00 Dht



6 118000 191025

LOT 1001  
P.P.V. 130,00  
P.P.V. 125,00  
P.P.V. 30,00

30,00



57,00

86,50



CORTANCYL 20MG 

CP SEC B20



6 118000 069680

الدكتورة هنان بنيس  
Docteur Hanane BENNIS  
PNEUMOLOGUE

Diplômée de la Faculté de Médecine d'AMIENS  
Spécialiste des Maladies broncho-pulmonaires  
Tuberculose, Asthme et Allergie



خريجة كلية الطب بأميان فرنسا  
إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي  
داء السل، الحساسية و الضيقة

Casablanca, le 13-11-23..... في الدار البيضاء

REÇU

Nom & Prénom : NAIMI . CHERAK

Age : 42 ans

Examen Réalisé : Radio Thorax (2x)

Compte Rendu : ou note ou opacité médiastinale  
supérieure gauche  
- absence d'effacement pleural  
Honoraires deux cent dix (20,000dh)

Docteur Hanane BENNIS  
PNEUMOLOGUE  
295, Bd. Driss El Harti Sbata  
Casablanca - Tél: 05 22 55 66 77  
ICE: 0016 66419  
Docteur Hanane BENNIS