

## 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 |

Garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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° W21-805727

*AS*

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : <b>10350</b>	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>EL HANI ABDELLAH</b>		
Date de naissance : <b>07-06-67</b>		
Adresse :		
Tél. : <b>066116317</b> Total des frais engagés : _____ Dhs		

Autorisation CNP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **16/12/23**

Nom et prénom du malade :

**EL HANI ABDELLAH** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Depression majeure, Artrose, Entente**

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) :



### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-805727

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

#### **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
16/12/23	C	1	150,00	INP : 091026617
				Dr. NASSER BENNIS Médecin en exercice

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Formisseur	Date	Montant de la Facture
DRISSI Zineb Ain Choc. Ain 05 03 33	16/12/22	458,3 -

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....

## VOLET ADHERENT

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

#### **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	INP : <input type="text"/>																						
				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				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table border="1"> <tr><td>H</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession]</p>				H			25533412	21433552		00000000	00000000		D	G		00000000	00000000		35533411	11433553		B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																										
25533412	21433552																									
00000000	00000000																									
D	G																									
00000000	00000000																									
35533411	11433553																									
B																										
					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

**Cartigen®**

PPC : 99,50 DH

Lot:

A consommer de préférence avant le :

30-1  
3125  
700470

Casablanca, le  
PHARAMAICEDAR AL DAA  
by AMOU ra IRISS Zineb  
TEL 05 77 50 32 33

16/12/23

## الدار البيضاء، في :

EL HANI Abdellah

~~5-2-4~~ Xermin  $n=2$  G-M

January 1-2  
14P meti 1j12

pour la 1<sup>re</sup> bûche

Ahy. F.

- Ceraflex

99.0

- Cartilagenous fish

624

- Sure shot - 11 SV

- Sure after

1 Sacket in M  
1 Sacket in 19<sup>th</sup>

826، شارع محمد السادس [طريق مدينة - سابقاً] - الدار البيضاء

826, Bd. Med VI (ex Route Mediouna) - Casablanca

GSM : 06 63 08 00 33 - Tél : C : 05 22 28 88 16 - D : 05 22 25 33 94 - E-mail : bennisnasser5@gmail.com

Za + Zolam 1 de 14



- 1 g. metri au rev's

hP. 400 Anti espia 200



X 4 14 x 3 | i cr rev 9  
- Doli p'sone 5 no x 2 Jours



Dr. Nasser BENNIS  
EXPERT en Médecine Générale  
T.C. 05 22 28 90 05 D. 05 22 25 33 94  
GSM: 06 63 08 00 33

PPV: 10DH30  
PER: 07/26  
LOT: M2674



PPV: 10DH30  
PER: 07/26  
LOT: M2674



PPV: 10DH30  
PER: 06/26  
LOT: M1910



PPV: 10DH30  
PER: 07/26  
LOT: M2674



T: h8.30

صيدلانية دار الأداعة  
PHARMACIE DAR AL IDAA  
Dr. IDRISI Zihéb  
Hay Al Ou ra II N° 181 Ain Chok  
Tun 05 22 50 50 50