

# 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.

## **Biologie 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

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



Maladie

Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3166 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ibrahimi Abdellatif

Date de naissance : 01/01/1966

Adresse : Rue Amorat N°34 Hay Farah II FES

Tél. : 0662 563042 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28 MAI 2020

Nom et prénom du malade : 17 è Besszari Zalma Age : 1948

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA Hypertension

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 28 MAI 2020 Le : 28 MAI 2020

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-044511

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 : 1227,80 DHS

Date de dépôt : .....

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28 MAI 2020	CE + ECT	250 + 100	= 300 HT	Dr. BENNANI C. CARDIOLOGUE Bd. Med V Résidence - Tlemcane - FE C. 0535 65 40 52 - D. 0535 60 04 71 P. 06 6 - 13 73 56

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE	28/05/20	9928

## 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	

## VOLET ADHERENT

110000

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

# RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l

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			Coefficient DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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'EX

بسم الله الرحمن الرحيم

**Dr. BENNANI Chakib**  
*Cardiologue*

Spécialiste des Maladies du coeur  
et des vaisseaux

Diplômé de la faculté de Médecine  
de Rennes - France

Diplômé de la Médecine d'urgence  
à Brest -France

Ancien Assistant des hôpitaux  
de France (Lorient)

Echographie et doppler cardiaque  
Holter cardiaque et tensionnel Pace -Makers



**المُكْتُور بنانِي لِلتَّكْبِيب**

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بربن (فرنسا)

شهادة الطب الإستعجالي برس (فرنسا)

طبيب مساعد سابق بمستشفيات فرنسا

الفحص بالإلكوغرافيا والدوبلر

ضبط البضئات القلبية والضغط الدموي

28 MAI 2020

فاس، في:

Dr. BENNANI Chakib  
Bd. Med V Résidence Tlemceni 0413  
B.C. 0535.65.40.52 - D. 137356  
P. 0661.13.73.56  
T. 0628888888

(95) ٥٣+٣ - Xeditol ٢٥ - g Bezzani Zahra ٩٨٥ جم  
 (136) ٦٤١٢ - Alor ٥٠ - g ١٤ جم  
 (313) ٥٤ - Zyloric ٥٠ - g ١٦ جم  
 (٢١) ٧٠ +٧ - Azepfic ٥٠ - g ١ le S. ١٥٩ جم  
 ٩٢٤ - Regulol ٥٠ - g ١ زاهلي ٩٢٥ جم  
 ٩٢٧٨ III de ٥: ٩٦,٥٠

RDV Souhaitable.

Ramener vos médicaments lors des visites ultérieures.

Bd. Med. V, Résidence Tlemceni  
(Imb Nouv. Mag AU DERBY) Fès

Cabinet : 0535.65.40.52  
Domicile : 0535.60.04.73  
Mobil : 0661.13.73.56

E-mail : bennanich.cardiofes@hotmail.fr

Id. Fiscale : 15501585

Patente : 13202434

شارع محمد السادس  
المركز الجديد: أوسيط  
Bd. Med V Résidence Tlemceni  
B.C. 0535.65.40.52 - D. 137356  
P. 0661.13.73.56  
C.N.S.S : 8502850

ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH70  
LOT : 19E002  
PER.: 06 2021

6 118000 061106

ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH70  
LOT : 19E002  
PER.: 06 2021

6 118000 061106

ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH70  
LOT : 19E003  
PER.: 06 2021

6 118000 061106

ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH70  
LOT : 19E001  
PER.: 06 2021

6 118000 061106

ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH70  
LOT : 19E002  
PER.: 06 2021

6 118000 061106

ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH70  
LOT : 20E003  
PER.: 07 2021

6 118000 061106

ASPEGIC 250MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH70  
LOT : 8M0054  
PER.: 06 2020

6 118000 061106

