

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.

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



Déclaration de Maladie : N° P19- 0016125

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23904**

Matricule : **2528** Société : **R.A.M**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **CHATOU / Baoucha** Date de naissance : **01.01.1948**

Adresse : **Hay INARA Ard 82 Khair Rue 8 N°9 Casa**

Tél. : **06 04 80 52 04** Total des frais engagés : **646,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Mohamed Ali BENNANI
Spécialiste des Maladies du Cœur
des Vaisseaux et de l'Hypertension Artérielle
1. Rue 4 Ahd El Jadid et Bd Reda Guedira
1er Etage Tél/Fax : 05 22 59 59 00

Date de consultation : **04 MARS 2020**

Nom et prénom du malade : **CHATOU / Baoucha** Age :

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

Nature de la maladie : **H.T.A**

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 : **CASABLANCA** Le : **04 / 03 / 2020**

Signature de l'adhérent(e) :

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
04 MARS 2022			270	Mohamed Ali BENNANI Spécialiste des Maladies du Cœur des Vaisseaux et de l'hypertension Artérielle 1 Rue 4 Août El Jadid et Bd Reda Guedira 1er Etage Tél/Fax: 05 22 59 59 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/03/2022	396,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

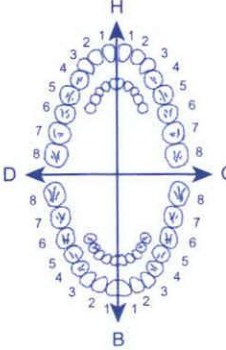
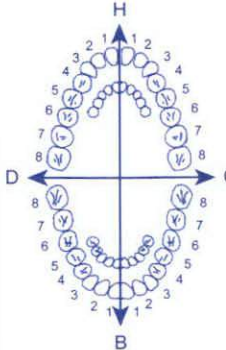
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

MG: 2528

04.03.2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien	
Je soussigné:	<i>Dr Mohamed Ali BENNANI</i> Spécialiste des Maladies du Cœur et de l'Hypertension Artérielle 18, Bd El Jadida - Casablanca
Certifie que Mlle, Mme <input checked="" type="radio"/> M.	<i>Chahiri Boucetta</i>
Présente	<i>HTA</i>
Nécessitant un traitement d'une durée de:	<i>à vie</i>
Dont ci-joint l'ordonnance:	
(A défaut noter le traitement prescrit)	

(M) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

Dr Mohamed Ali BENNANI
Spécialiste des Maladies du Cœur
et de l'Hypertension Artérielle
18, Bd El Jadida - Casablanca

Dr. Mohamed Ali BENNANI
Cardiologue

Spécialiste des maladies
du coeur, des vaisseaux
et de l'hypertension artérielle
Echocardiographie doppler - Holter
Tensionnel - Holter rythmique
Epreuve d'effort
Traitement des varices
Sur Rendez-vous



مركز فحوصات القلب والشرابيين
CENTRE D'EXPLORATIONS
CARDIOVASCULAIRES

الدكتور محمد علي بناني

إختصاصي في أمراض القلب والشرابيين
وارتفاع الضغط الدموي

التشخيص بالأصوات فوق الصوتية والدوبلر
تسجيل مستمر لضغط الدم لمدة 24 ساعة
تسجيل مستمر لتخطيط القلب لمدة 24 ساعة
تخطيط القلب عند المجهود
علاج الدوالي (العروق المنتفخة بالساق)
بالموعد

Casablanca, le : 04/03/2020 : الدار البيضاء، في :

Nom : M. CHATOUI BOUCHTA

Régime peu salé

DIPICOR 5 mg, Comprimé : 1 comprimé le matin pendant 6 mois

99,00
x 4
396,00

Docteur Mohamed Ali BENNANI

LOT: 191076 EXP: 12/21
PPV: 99DH00

ALAOUI Mohammed
PHARMACIE MY ABDELLAI
Rue 300, N° 98 - Ain Chock
Hôpital Med Seker - Casablanca
Tél: 05.22.21.73.64

Dr Mohamed Ali BENNANI
Spécialiste des Maladies du
des Vaisseaux et de l'Hypertension Artérielle
Rue 4 Ahd El Jadid et Bd Reda Guedira
2199

LOT: 193060
EXP: 02/22
PPV: 99DH00

Traitement à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous le : عدم توقيف الوصفة حتى الموعد المقبل في :

Mercredi 02 Septembre 2020

1, زنقة 4 العهد الجديد وشارع رضى اكديرة (النيل سابقا) - الطابق الأول (قرب حمام الفن) - ابن امسيك - الدار البيضاء
1, Rue 4 Ahd El Jadid et Bd. Reda Guedira (Ex. Nil) - 1^{er} Etage - (à Côté de Hammam El Fane) - Ben M'sik - Casablanca
E-mail : bennanimedali@yahoo.fr : الهاتف/الفاكس : 05 22 59 59 00 - البريد الإلكتروني :