

## 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

- 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° W19-464734

C

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>21/03/20</b>			
Matricule : <b>11471</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>ABERRAR Dastogha</b>			
Date de naissance : <b>13/12/74</b>			
Adresse : <b>191 LOT MABROUKA Sidi MARROUF, Casablanca</b>			
Tél. : <b>06 66 35 08 93</b>	Total des frais engagés : <b>Dhs</b>		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<b>Dr. Fouad BENNANI</b> <b>CARDIOLOGUE</b> 136 Imm. Faraj Rba 6001 Casablanca Tél 05 22 53 30 15 - Casablanca GSM 06 61 16 98 61			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <b>Aberrar Ahmed Loukhras</b> Age : <b>46</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Jeune <input type="checkbox"/> Adulte <input type="checkbox"/> Adulte <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Maladie de l'œil</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>06 MARS 2020</b>			
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 fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Casablanca** Le : **05/03/20**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-464734
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 : **11471**  
Nom de l'adhérent(e) : **ABERRAR Dastogha**  
Total des frais engagés : **364,40 Dhs**  
Date de dépôt : **05/03/20**

## 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
5 FEV 2010	C2	100%	10000	INP 091029095 Dr. Fouad BENNAJIB CARTOLOGUE 136, Imm. Farej Riss, Bo 15, Gars Sidi Mâarouf Tel: 05 22 52 30 15 - Dasabline GSM: 06 01 15 98 61
	FIG		100%	

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie les Idrissides	 Date 2020	 Montant de la Facture 63.40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

\* 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'OF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>26533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H	26533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H	26533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fouad Bennani

**CARDIOLOGUE**

Maladies du cœur et des vaisseaux  
Spécialiste de la Faculté de Médecine de Rouen  
Explorations Cardio-Vasculaires  
Echocardiographie-Holter  
Epreuves d'Effort  
C.E.S Médecine du Sport

Expert Assermente au près des Tribunaux



الدكتور فؤاد بناني

اختصاصي في أمراض القلب  
خريج كلية الطب بفرنسا  
فحص القلب و الشرايين  
الطب الرياضي

خبير محلل لدى المحاكم

Casablanca, le ..... 05 FEB 2020 .....

ASERAD Ahmed Loukmane



Dr. Fouad BENNANI

CARDIOLOGUE

136, Imm FARAJ Route Bouskoura Sidi Mâarouf III

Tél : 05 22 58 30 15 - Casablanca

GSM : 06 61 15 98 81

Signature of Dr. Fouad Bennani

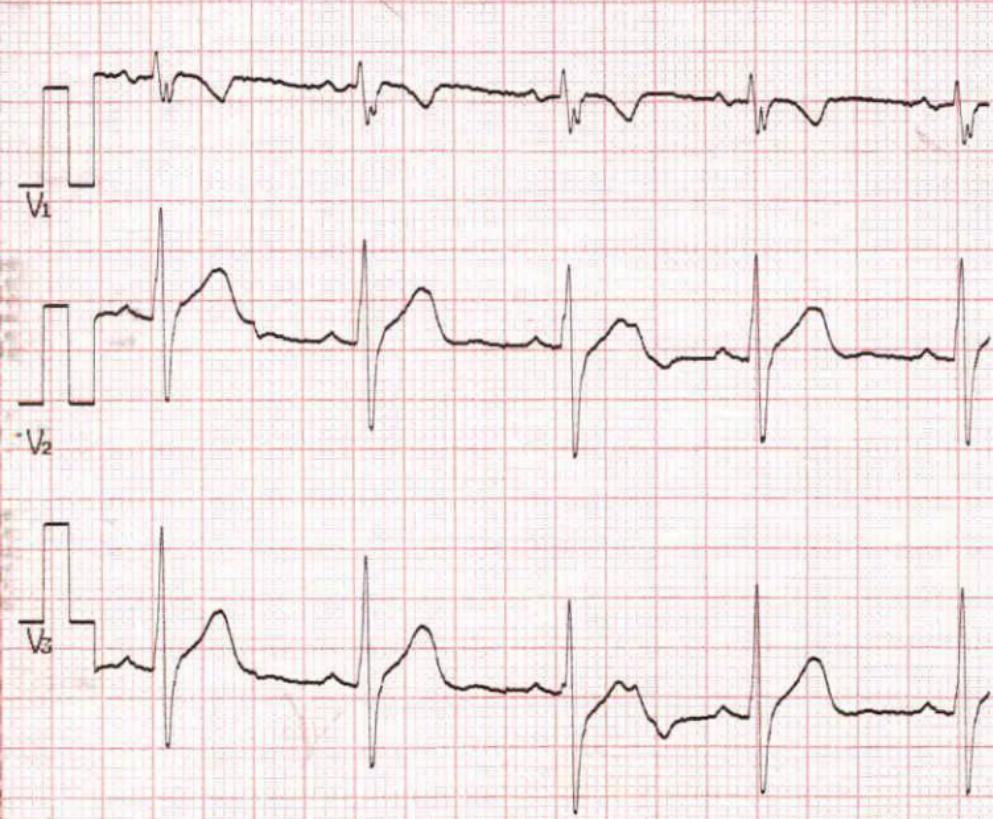
63,40

Durée du trait  
à revoir aj

إقامة فرج 136، طريق بوسكورة سidi معروف III - الدار البيضاء

CABINET : 136, Immeuble FARAJ, Route Bouskoura - Sidi Maârouf III - Tél : 05 22 58 30 15 - Gsm : 06 61 15 98 81

20/2/5 14:12 1.6s FC=73  
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s



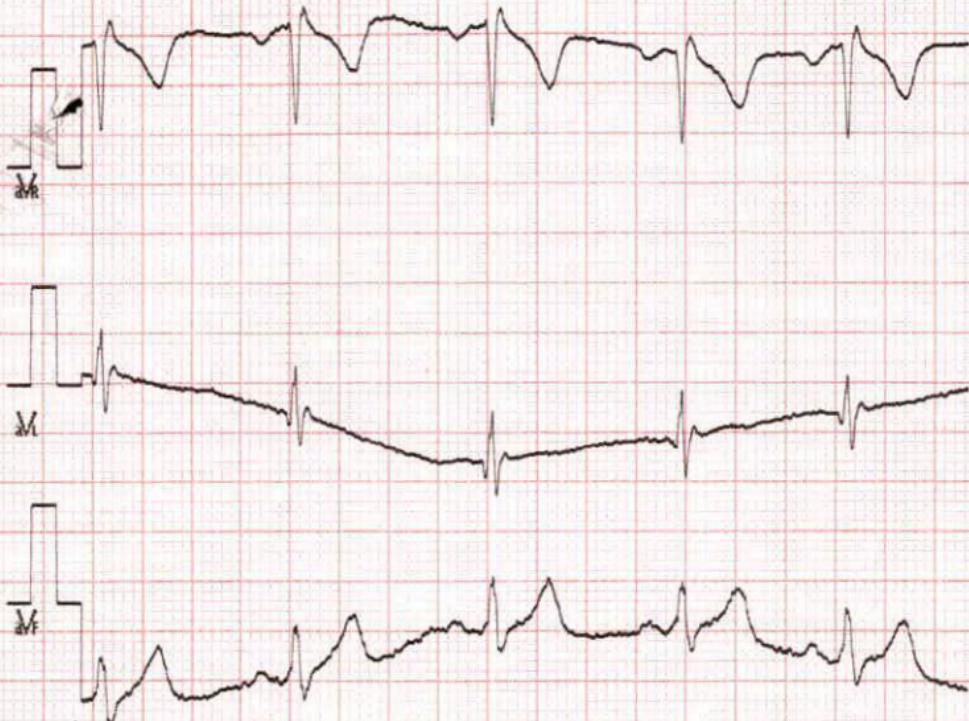
20/2/5 14:12 1.6s FC=69  
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s



20/2/5 14:11 1.6s FC=74  
35/50Hz 10mm/mU 25mm/s



20/2/5 14:12 1.6s FC=74  
35/50Hz 10mm/mU 25mm/s



Dr. Fouad BEN  
CARDIOLOGIST  
136, Imm. Faraj Rte Bouzid 91, Mecheri  
Tel. 05 22.58.30.15 - Casablanca  
Fax 05 22.58.15.98