

## 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

0 Réclamation	: contact@mupras.com
0 Prise en charge	: pec@mupras.com
0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-546443

120591



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <i>11189</i>	Société : <i>RAM</i>	<input type="checkbox"/> Autres :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> JABBAR YOUNES
Nom & Prénom : <i>JABBAR YOUNES</i>		
Date de naissance : <i>09-06-1983</i>		
Adresse : <i>N° 31 Rue 22 Apt 27 Nazaré</i>		
Tél. : <i>06 91 71 17 88</i>	Total des frais engagés : <i>480 Dhs</i>	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Docteur Ouadie BENNANI Pédiatre Homeopathe 159, Bd. Bourgogne Appt N° 26 Resid. Shwar Casablanca - Tél. 05 22 43 04 73 GSM 06 61 42 44 46	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : <i>JABBAR JAD</i>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Age: <i>10 ans</i>	
Nature de la maladie : <i>Paléole</i>	
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 : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
01/06/2022	101		252,00	091025676
				Docteur Ovadie BENNANI F. Médecin Homéopathe 158, Bd Bourguiba Apt. N° 26 Résid. Shawar Casablanca - Tel. 05 22 43 04 73 GSM 06 61 42 44 46

### EXECUTION DES ORDONNANCES

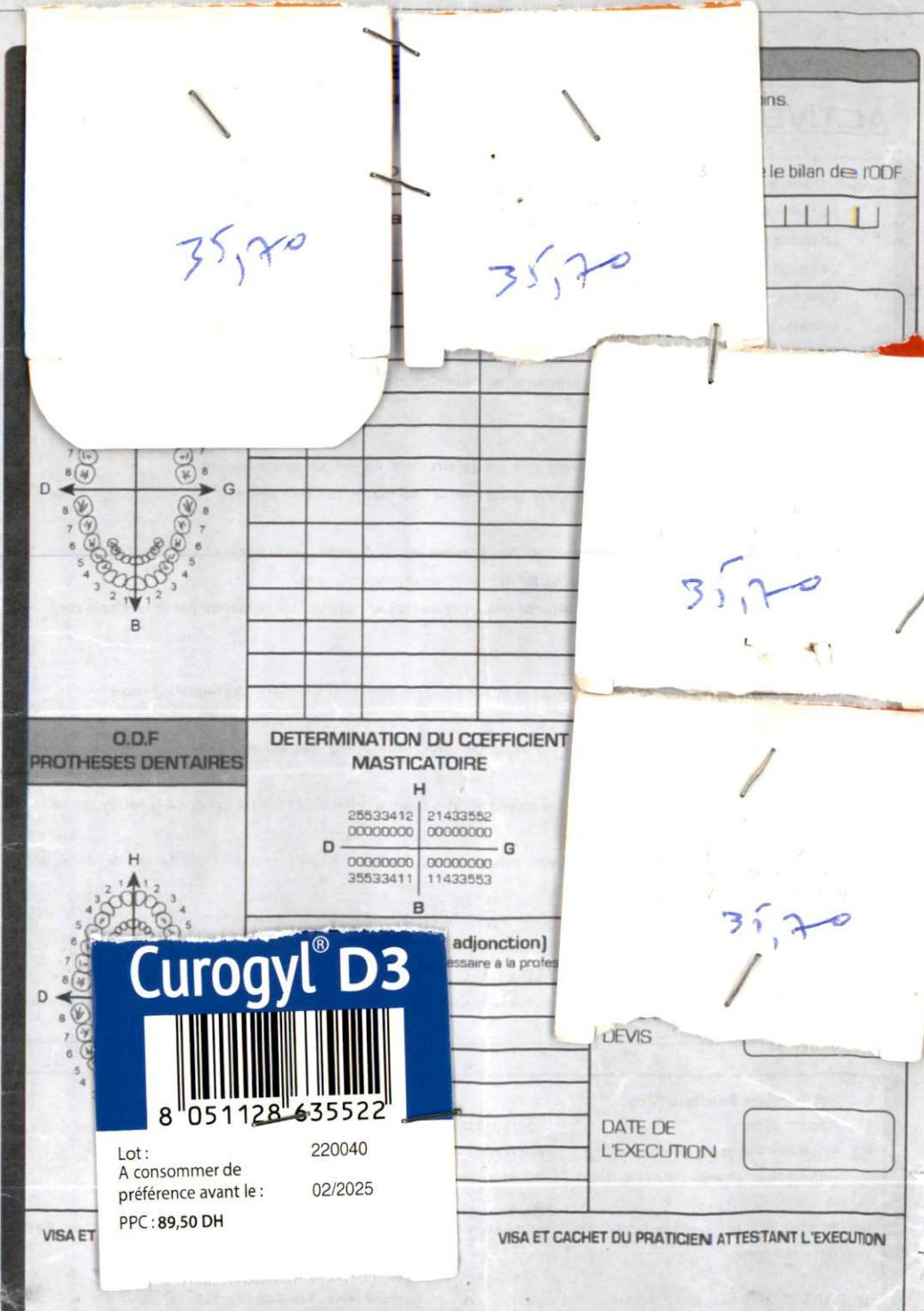
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOPHARIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE MAROLA Mme BENNANI - Casablanca N° 51 Avenue Aït Maazouz Tel. 0522 93 36 83	07/06/2022		232,30

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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



Dr. Ouadie BENNANI

Pédiatre  
Homeopathe

Maladies des Enfants et Nourrissons

Lauréat de la Faculté de Médecine de Tours

Ancien Pédiatre des Hôpitaux de France

Allergologie infantile et Asthme



الدكتور وديع بناني

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع  
والطب الشعبي

خريج كلية الطب ببور - فرنسا

طبيب الأطفال سابقًا بمستشفيات - فرنسا  
أمراض الجهاز التنفسى والحساسية

بالموعد

02/06/2022

Sur rendez-vous

Casablanca, le

PHARMACIE  
M. BENNAZZOUJ  
Mme BENNAZZOUJ 4,4  
B.P. N° 53  
Hay Hassam - Casablanca  
Tél : 0522 93 35 69  
Fax : 0522 93 35 69

J A R R A R J A

35.70 x 4

② NALEDISFER ٢٠  
\_\_\_\_\_ (55)

89.0

— → 31, — 2dl

②

CVRASYC

(55)

23230

480/1

— 2dl

PHARMACIE M. BENNAZZOUJ  
Mme BENNAZZOUJ 4,4  
B.P. N° 53  
Hay Hassam - Casablanca  
Tél : 0522 93 35 69

Docteur Ouadie BENNANI  
Pédiatre  
Homeopathe  
Appart N° 26 Résid. Shwarz  
Bd Bourgogne 159 Casablanca  
Tél : 05 22 43 04 73  
Fax : 05 22 43 04 73  
E-mail : bennaniouadie@gmail.com

159 شارع بورگون الشقة رقم 26 إقامة شوان - البريد الإلكتروني : bennaniouadie@gmail.com  
06 61 42.44.46 05 22 43 04 73 GSM : 06 61 42.44.46