

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Société :

Actif

Pensiormé(e)

Autre :

BIBLAT

MUSTAPHA

Nom & Prénom :

01. 02. 1951

Date de naissance :

Adresse :

Db. Houria Rue 208. N° 74

Hay Hassani - Casab

Tél. :

06. 72. 71. 59 36

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Rachida NOUFI BENNANI  
Médecin Agrée par Le Ministère  
de La Santé Publique  
Dab El Houria. Bdc 208 N° 85 - Bd. Sidi Abderrahmane  
Hay Hassani Casablanca  
Télé : 05 22 20 45 45 - 05 22 22 78 18

Cachet du médecin :

Date de consultation :

22. 11. 2022

Nom et prénom du malade :

BIBLAT MUSTAPHA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ORL permanence

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) :

Allal Ben Abdellah

SWI

#### **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
22/11/2021	6		2000DH	INP : 001016109 Docteur Dr. Aïcha Mezouar Médecin de la famille El Mouassine Bld 205 N° 85 Bd Sidi M'hamed Ray Hassani - Casablanca Téléphone : 0522 90 23 81

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22.11.22	350,00
	23.11.22	43,36

#### ~~ANALYSES - RADIOGRAPHIES~~

Cachet et signature de Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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>Début d'exécution</b> <input type="text"/>											
					<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>											
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	35533411	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
35533411		11433553														
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Montants des soins</b> <input type="text"/>											
					<b>Date du devis</b> <input type="text"/>											
					<b>Date de l'exécution</b> <input type="text"/>											

**PHARMACIE NAIMA**  
124. bd. Sidi Abderrahmane Derb Elhouria  
Bloc 211 Hy Hassani Casablanca

**DR. CHRAIBI NAIMA EP. SAAIDI**  
Docteur en pharmacie  
université de MONTPELLIER  
FRANCE

R.C :171496  
T.V.A :  
Banque:  
Tél :022.9031.00

Patente:35003900  
C.N.S.S:1044081

Le 23/11/2022

**FACTURE N°568110**

Pharmacie NAIMA  
ICE : 001596576000024

**MR BIBLAT MUSTAPHA**

Désignation	Quantité	PPM	Total
XENID 100 MG B/10 SUPPO.	1	30,10	30,10
CETAMYL 1G/10CP	1	13,20	13,20

**Arrêté la présente facture à la somme de :**  
**Quarante Trois Dirhams et 30 centimes.**

Docteur Rachida HOUMID BENNANI

Docteur en médecine



الدكتورة رشيدة حوميد بناني

دكتورة في الطب

· متحفظة الممارسات  
· حائزة على دبلوم الفحص بالصدري

· حائزة على دبلوم الطلب الرياضي

· حائزة على دبلوم التغذية والحمية

· التغذية الوظيفية

· حائزة على دبلوم داء السكري

· أمراض الأيض - السنة

· الطلب النسائي - فحص ما قبل الزواج

· مرآبة العمل

· هيئة معتمدة من هرف وزارة الصحة  
للفحص الطبي خاص برخصة السياقة

· Omnipraticien

· Diplômée en Echographie

· Diplômée en Médecine du Sport

· Diplômée en Nutrition-Dietetique  
Nutrition Fonctionnelle

Diplômée en Diabétologie

· Maladies métaboliques - Obésité

· Gynécologie - Examen prénuptial  
Surveillance de la grossesse

· Médecin agréé par le ministre  
de SP pour l'examen médical  
du permis de conduire

Dr Rachida HOUIMID BENNANI  
Médecin en exercice pour la sécurité routière  
et l'examen médical du permis de conduire  
Derd El Houria, Bd Sidi Abderrahmen  
N°85 - Hay Hassani - Casablanca  
Tél : 0522 90 23 81

Casablanca, le: 22.11.2021

LOT 220786  
EXP 03/24  
PPV 170,00 DH

BRISAT MUSTAPHA

170.00

- Rejico 2ml

37.90

- Neopred 10 mg



NEOPRED<sup>®</sup>  
Prestimolone 20 mg  
20 comprimés PPV : 37,40 DH  
01180000191919

3 ml x 2 ml x 8 ml

82.60

- Allez

LOT : 220505

EXP : 04/2025

PPV : 82,60 DH

108/

- Bromylex

LOT 104808/FC35  
04/2025 PPC 59,50

108 x 36

PHARMACIE NAIMA  
ACCORD DU MÉDECIN  
Casablanca  
TEL: 0522 90 31 00

Dr Rachida HOUIMID BENNANI  
Médecin en exercice pour la sécurité routière  
et l'examen médical du permis de conduire  
Derd El Houria, Bd Sidi Abderrahmen  
N°85 - Hay Hassani - Casablanca  
Tél : 0522 90 23 81

Dr Rachida HOUIMID BENNANI  
Médecin en exercice pour la sécurité routière  
et l'examen médical du permis de conduire  
Derd El Houria, Bd Sidi Abderrahmen, Bloc 208, N°85 - Hay Hassani  
Casablanca - Tél : 05 22 90 23 81

E-mail : bennanihoumid.rachida@gmail.com

35000