

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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° W21-769752

135652

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12650

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHOUKHT OUSSAMA

Date de naissance : 3 Juin 1989

Adresse : Résidence Les Orchidées 3 Apt 6 Immeuble S Elgy
Bd Riad Mohammed V

Tél. : 06 13 27 60 95 Total des frais engagés : 372,3 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

R
M
Cachet du médecin :
ACC
05 DEC 2012
M
FARAH

DOCTEUR BENNANI SAÏD
MEDECINE GENERALE
Quartier Essaâda I Bd. Chorala
N°18 El Alia
Mohammedia Tél. 21 10 06

Date de consultation : 01/11/12

Nom et prénom du malade : KHOUKHT OUSSAMA

Age : 33 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : inf. resp.

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 : Mohammedia

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/01/2012

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA GRANDE PHARMACIE EL GUEOUATI SAMIA DOCTEUR EL FARAJI WARDA LEYASANINE Tél : 05 23 32 01 10	01-01-22	222,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
GRANDE PHARMACIE B. GUENATRY SARL DOCTEUR EN PHARMACIE NARDA II BD HASSAN II MOHAMMED V TÉL. 05 23 32 01 10			

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"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
B																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Docteur BENNANI Saïd

Médecine Générale

Echographie Clinique

Diplômé de l'Université de Montpellier

Visite médicale pour Permis de Conduire

Expert Assermenté près des tribunaux

Essaâda 1 - Bd. Chorafa

N° 18 - El Alia - Mohammedia

Tél.: 05 23 28 10 06

Urgences: 0661 52 40 53



الدكتور بناني سعيد

الطب العام

الفحص بالصدى

بكلية الطب بمونبولي

الفحص الطبي لرخصة السيارة

خبير ملحق لدى المحاكم

السعادة 1 شارع الشرفاء

رقم 18 العالية - الدار البيضاء

الهاتف: 05 23 28 10 06

المستعجلات: 0661 52 40 53

Mohammedia, le: ٢٠٢٣/١٢/٢٢ الخمدة في

نº KTHOUKHT OUSSTARA

83,70

Ranac 300g/12

LOT: 10122004
PER: 01/2024
PPV: 33.70 DH

60,00

Darimax fm

14,00

Doliprane 500mg

40,00

Cotipred 20 mg

15,30

vitamine 4000

Cotipred® 20 mg
Predisone
20 comprimés effervescents sécables
61180

PPV: 40DH00
PER: 07/25
LOT: L2309

LOT: 220434
DL00: 06/2025
69,00 DH

BENNANI
MEDECINE GENERALE
Bd. Essaâda 1
N°18 El Alia
Tél: 05 23 28 10 06

6 111269 050126 >

Total 222,30