

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-769754

139651



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

12650

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

KHOUKH OUSSARA

Date de naissance :

3 Juin 1989

Adresse :

Résidence Les Désertées 3 Appt 6 Jm 5
Eggs B.d Riad Mohammédia

Tél. :

0613276095

Total des frais engagés :

544,6

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BENNANI Saïd
MEDECINE GENERALE
Quartier Essaâda I Bd. Chorfa
N°18 EL Alia
Mohammédia Tél. : 06 10.06

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age: 30 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 : Mohammédia

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/11/2028

Signature

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
25/11/2018	C	1	150.00	INP : 11111111111111111111 Docteur BENNANI Said MEDECINE GENERALE Quartier Essaada 1 Bd. Chorafa N°18 EL ALIA Mohammedia Tel. 28 10.06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA GRANDE PHARMACIE EL GOURDAN 33110 DOCTEUR EN PHARMACIE 05 23 32 01 10	21.11.22	3916,60

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
		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															
	<p>H</p> <table> <tbody> <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>B</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
				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



الدكتور بناني سعيد

الطب العام

الفحص بالصدى

بكلية الطب بمونبولي

الفحص الطبي لرخصة السياقة

خبير ملحوظ لدى المحاكم

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

السعادة 1 شارع الشرفاء
رقم 18 العالية - الخمدة
الهاتف: 05 23 28 10 06
المستعجلات: 0661 52 40 53

Mohammedia, le: 20/07/22 الخمدة في

CLARIL®
Clarithromycine 500 mg
Boîte de 14 comprimés
P.P.V. : 160,00 DH
6 118000 191001

Lot.: K2217
Fab: 07/22 Per: 07/25

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâ Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V. : 48,70

6 118000 060536

Lot/Batch: 1PV1C
Fab./mfg.: 10/2021
EXP: 09/2024

PPV14DH60
PER 09/24
LOT K2576

Doliprane® 1000 mg
PARACETAMOL
8 comprimés effervescents sécables
6 118000 040361

LA GRANDE PHARMACIE
EL GOURAÏDÉ SIDI AÏCHA
WARDA 1 BD EL ALIA 10100
Tél: 05 23 28 10 06

20/07/22 SV
160,00 Clari 500 SV
48,70 Solupred 20 mg SV
16,60 Doliprane 1000 SV
769,00 Doliprane 1000 SV
15,30 Vicks 1000 SV
87,00 Bristane Saïd SV

Docteur BENNANI Saïd
MÉDECINE GÉNÉRALE
Quartier El Alia Bd Chorafa
Mohammedia Tél 05 23 28 10 06

J. 20/07/22

Vita C 1000®

PPU 15DH30
EXP 05/2025
LOT 22034 29

Vita C 1000® 

10 Comprimés effervescents



6 118000 032069