

## 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.

N° W21-761640

9815  
SANT BENYESSER  
AL

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>97021</b>	Société : <b>FATH</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>SADIK Abdellah</b>			
Date de naissance : <b>26/06/1965</b>			
Adresse : <b>Le Bd. Hassan II - Casablanca</b>			
Télé. : <b>06 61 51 72 89</b> Total des frais engagés : <b>528,300 Dhs</b>			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     الدكتور بنيس مختار                      خبير محلف لدى المحاكم                      الطبيب العامل                      713 شارع 2 شارع الحسين بن علي                      05 22 20 45 45 - 05 22 211 307                      الهاتف : 05 22 20 45 45                 </div>	
Date de consultation :	<b>12 JAN 2024</b>
Nom et prénom du malade :	<b>SADIK ABDELLAH</b>
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	<b>Zhajiga</b>
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 : **CHAKAISNA**  
 Signature de l'adhérent(e) : **SADIK ABDELLAH**

Le : **08 MAR. 2024**



## **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
12 JAN 2024	—	—	150 DA	INP : 091026490 د/د بشناس محمد الصالحي لدى المعاشر الطب العام جامعة بغداد العام الدراسي ٢٠٢٣-٢٠٢٤ الموافق ١٤٤٥-٢٠٢٣ وديـة مـدـعـى صادـقـة
15 JAN 2024	—	—	9	—

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ANDALOUS Rachid SKAOUI 394 Angle AV 2 Mars et Bd. Panthéon Casablanca	12-01-94 05:25:12	254,50 DH
PHARMACIE ANDALOUS Rachid SKAOUI 394 Angle AV 2 Mars et Bd. Panthéon Casablanca	15-01-94	183,80

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Laboratoire et de Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

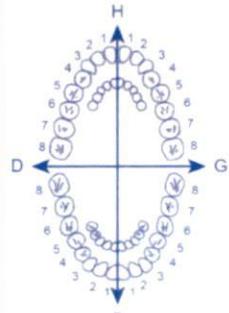
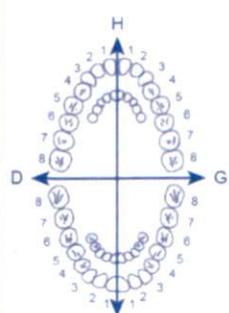
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur M'hamed BENNIS

MEDECINE GENERALE

Echographie

Expert assermenté près les Tribunaux  
Ex - Médecin Militaire

Sur Rendez - vous



# دكتور محمد بنيس

الطب العام

الفحص بالصدى

خبير محلف لدى المحاكم  
طبيب عسكري سابق

الزيارة بالموعد

Casablanca, le ..... 12/01/2024

الدار البيضاء في

Monsieur SADIK ABDELLAH

1/ ZITHROMAX 500mg 3 Cps

1 cp après le repas à midi pdt 3 jours

2/ TOUDEX SIROP A

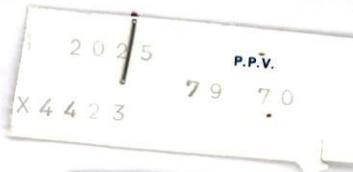
1 c à s matin, midi et soir

3/ NAUREUS 5MG CP BTE DE 30

1 cp après le repas le matin

4/ RINOMEX SACHET A SANS SUCRE

1 sachet après le repas matin et soir



LOT 125913/FC8  
PER 06/2026  
PPC 79,90

LOT : 8037  
PER : 10 - 26  
P.P.V : 14 DH 90

30 comprimés pelliculés  
Voie orale

PHARM. UT.AV : 05-25  
PPV : 20DH00

دكتور محمد بنيس  
خبير محلف لدى المحاكم  
ر.م. 125913/FC8  
الدار البيضاء  
التلفون: 0522 21 13 07 / 05 22 21 57 23

PHARMACIE ANDALOUS  
Rachid SLAOUI  
Bd. Panoramique Casablanca  
394 Avenue 2 Mars et  
Tél. 0522 21 17 95

# Docteur M'hamed BENNIS

MEDECINE GENERALE

Echographie

Expert assermenté près les Tribunaux  
Ex - Médecin Militaire

Sur Rendez - vous

# الدكتور محمد بننيس

الطب العام

الفحص بالصدى

خبير محلف لدى المحاكم  
طبيب عسكري سابق

الزيارة بالموعد



Casablanca, le .....

15/01/2024

Monsieur SADIK ABDELLAH

LOT : 1318  
PER : 01 - 25  
P.P.V : 63 DH 00

1/ MACROMAX 500 CP

1 cp par jour pdt 3 jours

2/ KOPRED 20 MG CP

3 cp après le repas le matin

3/ COQUELUSEDAL PARACETAMOL Ad Suppo

1 suppo matin et soir pdt 8 jours

AS

LOT: 6749  
PER: 08-26  
PPV: 36DH40

الدكتور محمد بننيس  
خبير محلف لدى المحاكم  
العنوان: شارع 2 مارس 713  
الهاتف: 0522 211 301 - 0522 211 723 - 0522 211 85  
الfax: 0522 211 723



PHARMACIE ANDALOUS  
Rochida SLAOUI  
Bd. Panoramique Casablanca  
394 Avenue 2 Mars et  
Tel: 0522 21 17 85