

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **8558**

Société : **RAN**

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : **BENNANI Saad**

Date de naissance : **23/08/66**

Adresse :

Tél. : **06.61.15.76.98**

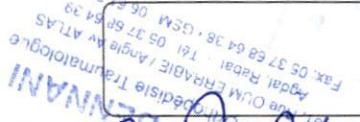
Total des frais engagés :

Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **20/03/2024**

Nom et prénom du malade : **BENNANI SAAD** Age :

Lien de parenté :

À lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DIA BÉTÉ

RTX Pathologie : **DIA BÉTÉ**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

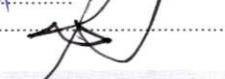
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **20/03/2024**

Signature de l'adhérent[e] :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

W21-847145

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent[e].

Matricule :

Nom de l'adhérent[e] :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DOCTEUR EN PHARMACIE ANAS AQQAQ 5199 Perles de ROME 10 - BOUL. DE LA CITE : 03</i>	801 3124	237.00

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

الدكتور مجيد بناني

Dr Majid BENNANI

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

Adultes et Enfants

Doctorat d'Etat des Hôpitaux de Paris

(Lauréat de la Faculté Saint-Antoine)

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Chirurgie du Sport-Arthroscopie

Chirurgie de la Main-Microchirurgie

Pathologies de la colonne vertébrale



اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

للكبار والصغار

حاصل على دكتوراه الدولة بباريس

جراح سابقًا بمستشفيات باريس

حاصل على دبلوم الجراحة الرياضية وأرتوسโคبي

جراحة اليد و الجراحة المكروسكوبية

LE 20/03/2024

ORDONNANCE

Rabat, le

NOM BENNANI

PRENOM SAAD

W191 wa 3

FORXIGA 10mg

3 Boites

TRAJENTA 5mg

3 Boites

23791 w



PHARMACIE UEDOU
Anas AQA
DOCTEUR EN PHARMACIE
5 les Portes de BOUZNIKA
Tél : 06 33 21 88 51



61, Rue OUM ERRABIA et Angle Avenue Atlas - Agdal - Rabat

Tél. : 05 37 68 64 39 / 38 - Gsm : 06 61 22 24 33

Email : m.bennani1963@gmail.com

61، شارع أم الريحان وملتقى خارع أطلس - أكدال - الرباط

الهاتف : 05 37 68 64 39 - الهاتف المتنقل : 06 61 22 24 33

المail الإلكتروني : m.bennani1963@gmail.com



NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la Consultation

20/03/2004

2) Renseignements Clinique Sommaire :

Hypertension

Diaabète M13

3) Traitement envisagé et actes correspondant à la cotation indiquée sur la note réf.

Au long cours

4) Durée prévisible du traitement

3 mois

A ... le ...
04/03/2004

VISA ET CACHET DU MEDECIN



REF. : 451-4-45

Indice de révision : 02



**FICHE MEDICALE
CONFIDENTIELLE**

**Direction des
Prestations Familiales
et Sociales**

REF. : 451-4-45

Application de la Convention de Sécurité Sociale MAROC -

NOM ET PRENOM DU MALADE →

NUMERO DU DOSSIER →

NUMERO D'AFFILIATION →

PLI A JOINDRE A LA DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE

Ce pli ne doit être rempli que par le médecin conseil de la C. N. S. S.