

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 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 une fois par an.

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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-847145

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8558 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prenom : BENNANI Saad

Date de naissance : 23/08/66

Adresse :

Tel : 0661157698 Total des frais engagés : Dhs

PP4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/03/24

Nom et prénom du malade : BENNANI SAAD Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : DIABETE HTA

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC Pathologie : DIABETE

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 : Rabat Le : 20/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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 :

RELEVÉ 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

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2013/24	2379w

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																													
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
					MONTANTS DES SOINS																								
					DEBUT D'EXECUTION																								
					FIN D'EXECUTION																								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>05533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	05533411	11433553			B				
	H		G																										
	25533412	21433552	00000000	00000000																									
	00000000	00000000	00000000	00000000																									
	00000000	00000000	00000000	00000000																									
	05533411	11433553																											
	B																												
	<table border="1"> <tr> <th>(Création, remont, adjonction)</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> <tr> <td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>				(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
	(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires																											
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																												
				MONTANTS DES SOINS																									
				DATE DU DEVIS																									
				DATE DE L'EXECUTION																									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																								

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

chirurgien
Traumatologue

Adultes

Enfants

الدكتور مجيد بناني

إختصاصي في جراحة العظام والمفاصل
لل كبار والصغار

حاصل على دكتوراه الدولة باريس

جراح سابقا بمستشفيات باريس

حاصل على دبلوم الجراحة الرياضية وأرتروسكوبي

جراحة اليد و الجراحة الميكروسكوبية

LE 20/03/2024

ORDONNANCE Rabat, le

NOM BENNANI

PRENOM SAAD

FORXIGA 10mg 3 Boites

TRAJENTA 5mg 3 Boites

PHARMACIE FENEL UEDJ
ANES AQQA
DOCTEUR EN PHARMACIE
15 Les Portes de BOUZHNIKA
Tél.: 06 33 21 68 51

Dr. Majid BENNANI
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
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, 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 الربيع وملحق شارع أطلس - أكدال - الرباط

الهاتف : 06.61.22.24.33 - الهاتف المتنقل : 397 38 64 68 37 05

البريد الإلكتروني : m.bennani1963@gmail.com

PATENTE : 25735933 - IF : 34313779 - CNSS : 6781430 - INPE : 101024982 - I.C.E. : 001580810000070

6 118001 040773
TRAJENTA® 5 mg
(Linagliptine)
28 comprimés pelliculés
PPV: 374 DH 00
BOTTU S.A.
10010704/01

6 118001 040773
TRAJENTA® 5 mg
(Linagliptine)
28 comprimés pelliculés
PPV: 374 DH 00
BOTTU S.A.
10010704/01

6 118001 040773
TRAJENTA® 5 mg
(Linagliptine)
28 comprimés pelliculés
PPV: 374 DH 00
BOTTU S.A.
10010704/01

6 118001 185023
Forxiga 10 mg cp pel b28
P.P.V: 419,00 DH
Sidi Bernoussi, Casablanca
Bd Alkima N° 6, Al
Maphar

6 118001 185023
Forxiga 10 mg cp pel b28
P.P.V: 419,00 DH
Sidi Bernoussi, Casablanca
Bd Alkima N° 6, Al
Maphar

6 118001 185023
Forxiga 10 mg cp pel b28
P.P.V: 419,00 DH
Sidi Bernoussi, Casablanca
Bd Alkima N° 6, Al
Maphar

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la Consultation

20 03 2014

2) Renseignements Clinique Sommaire :

HTA
Diabète NID

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.

Att

le

20 03 2014

VISA ET CACHET DU MEDECIN

Dr. MAJID BENNANI
Spécialiste Orthopédie Traumatologie
ET PROTHÈSE ORTHOPÉDIQUE
Agdal Rahat - Tél: 93 67 68 64 39
Fax: 05 37 68 64 39 - GSM: 06 61 22 24 33

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 JONDRE A LA DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE

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