

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	03522	Société :	ARMY
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Khalid Dussi
Nom & Prénom : BENOUNA Khalid Dussi			
Date de naissance : 08/03/1959			
Adresse : 17, Rue Larbi Doudni Fouedziz			
Tél. : 06 61 42 44 61 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr. A. Ghali Nohar ed BENOUNA Pr. ass. en Cardiologie Cardiologue Interventionnel CHU Ibn Rochd	
Date de consultation :	19/12/20
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	Maladie longue durée
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

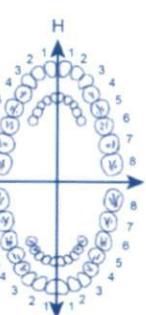
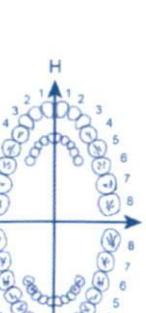
19/12/2019

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
19/12/19	Co		61	INP : 03199050412

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
126 (Ex 40) ABDALOUSS Frances Villa H - Casablanca Tél : 05 22 94 77 22	26.12.15	612,40 Dh

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		35533411 11433553			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D																
	B																
	35533411 11433553																
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														



valable 3 mois

Le 18/02/2010

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : Khalid Benomar

Présente Mme HSA

Nécessitant un traitement d'une durée de : à vie

Dont ci-joint ordonnance : Nébilef. Suy

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

Hôpital sans Tabac
Fumer tue

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 16/12/2019

ORDONNANCE

Docteur :

Attestation de malade à

El Youssfi Amee,

Dr. El Ghali Mohamed BENOUNA
Pr. ass. en Cardiologie
Cardiologie Interventionnelle
CHU Ibn Rochd

Je souscris , certifie

que Mr Khaled BENOUNA

est son père au nom H RA

qui habite au n° 1000

El Youssfi

Dr. El Ghali Mohamed BENOUNA
Pr. ass. en Cardiologie
Cardiologie Interventionnelle
CHU Ibn Rochd

1, Quartier des Hôpitaux, Casablanca 20100 - Tél : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30 - Fax : 05 22 29 94 83



Hôpital sans Tabac
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 19/12/2019

ORDONNANCE

Docteur :

Dr BENOUNA Khalil

y Nabilat Sy

١٤٤١

Dr. El Ghali Mohamed BENOUNA
Pr. ass. en Cardiologie
Cardiologue Interventionnel
CHU Ibn Rochd

Pharmacie AL ANDALOUSSIA - Casablanca

benani myriem

0522980693

, casablanca



Facture N° 20191218-712

Date de vente : 06/12/2019

Médecin traitant :

BENOUNA KHALID DRISSI

Maroc

Produit

Qté.

P.U

TVA

Total

NEBILET CO 5MG B28 COMP	4	162,60	Exonéré (0.00%)	650,40
-------------------------	---	--------	-----------------	--------

Total HT	650,40 DHS
TVA	0 DHS
Total	650,40 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : six cent cinquante DHS et quarante centimes

PHARMACIE AL ANDALOUSSIA
126 (Ex 40), Rue Dom Perignon
France Ville II - Casablanca
Tel : 0522980693

PHARM
126 (E:
Fran
om Perignon
Casablanca
Tel : 0522980693