

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 canaux, 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 canaux.

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

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



Déclaration de Maladie

N° W21-805725

10350

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10350

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HANI ABDECHAK

Date de naissance : 07-06-67

Adresse :

AL8543

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Nasser BENNIS

Médecine Générale

Expert Assermenté près les Tribunaux

Tél C : 05 22 28 88 16 - D : 05 22 25 33 94

Date de consultation :

08-03-08 00 33

Nom et prénom du malade :

EL HANI Abdellah

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Depression chronique

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
15/07/23	C	1	150,00	INP: 091026617

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAR ALIDAA	17/07/23	573,60

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
		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.

XERIU^m 20 mg

PPV 123DH20
EXP 06/2024
LOT 25010 4

IUM^m 20 mg

PPV 123DH20
EXP 06/2024
LOT 25010 2

EFFIPRED^m 20 mg

PPV 40DH00
EXP 01/2026
LOT 2N015 15

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

EFFIPRED^m 20 mg

PPV 40DH00
EXP 01/2026
LOT 2D011 1

28 Comprimés sécables

PPV 123DH20
EXP 06/2024
LOT 25010 2

PPV:10DH30
PER:03/25
LOT:L1143

Dr. NASSER BENNIS

Expert Assermenté près les Tribunaux

MEDECINE GENERALE

Echographie

صيدلية دار الادوية

PHARMACIE DAR AL IDA

Dr. IDRISSE Zineb

15, 07-23

15, 07-23

الدكتور ناصر بنيس

خبير محلف لدى المحاكم

الطب العام

الفحص بالصدى



الدار البيضاء، في :

123.2013

Xerum do

SV

EL HANI Abdelhak

7224

1cp/j moti apres repas x 3 Mois
ha - x2
effiporal do

2cp/j moti apres repas x 10 jours
puis 1cp/j " " " x 20 jours

32.80 x2
Penidys 2 de 20 (4 = 2)

14 1/2 H apres chaque repas
27.15
Spas fm

10.30
1cp x 3 j au repas
Doliprane 500 n°3

1cp en cas de maux

T: 573.65
الدار البيضاء - [طريق مديونة - سابقا]

826, Bd. Med VI (ex Route Mediouna) - Casablanca
GSM : 06 63 08 00 33 - Tél : C : 05 22 28 88 16 - D : 05 22 25 33 94 - E-mail : bennissnasser5@gmail.com

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **ELHANI ABDELHAK**

Matricule : **10350**

N° CIN : **BE442435**

Adresse : **LOT DAR CHADUI Rue OS N° 36 2e tge Ain Chok**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : **Généraliste**

N° ICE : **0019531530 000**

N° INPE : **091026617**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **EL HANI Abdelhak**

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Depression nerveuse

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Voir ordonnance

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **15/7/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Nasser BENNIS
Médecine Générale
Expert Assermenté près les Tribunaux

Tél C: 05 22 28 88 16 - D: 05 22 25 33 94

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées
Gsm: 06 63 08 00 33