

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-463789

comme



Maladie

Dentaire Cadre réservé à l'adhérent (e) (23079)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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) :

Le : 17/02/2020

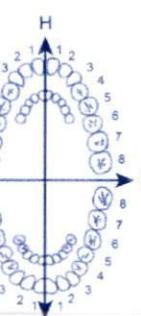
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17/02/2020

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
15/02/2023	2	1	5	INP : 00000000000000000000000000000000
				Seul au 25/02/2023 Rue KADISSA CASABLANCA 25 36

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACHE Nadia BENNIS N° Assurance : 11 Abdesseb 022-34-5-30 - CASABLANCA	15/02/2020	572,70

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (empty table)	<b>Nature des Soins</b> (empty table)	<b>Coefficient</b> (empty table)	<b>INP :</b> <input type="text"/>																
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
				<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td><b>H</b></td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><b>G</b></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><b>B</b></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				<b>H</b>	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<b>G</b>	00000000	00000000	<b>B</b>	35533411	11433553
					<b>H</b>	25533412	21433552													
					D	00000000	00000000													
					<b>G</b>	00000000	00000000													
					<b>B</b>	35533411	11433553													
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																				
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																				
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																				
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																				
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																				



## Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society

Fellow of The American College

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

Co-aprovel 150mg/12,5mg

b28

P.P.V : 134,30 DH

Barcode: 6 118001 081028

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

Co-aprovel 150mg/12,5mg

b28

P.P.V : 134,30 DH

Barcode: 6 118001 081028

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

Co-aprovel 150mg/12,5mg

b28

P.P.V : 134,30 DH

Barcode: 6 118001 081028

Casablanca le : .....

CASA , Le 15/02/2020

PHARMACIE HYPER  
Nadia BENNIS  
Angle 94, Rue Kadi lass et Rue Abou Salt  
Tél : 022-54-45-30 - CASABLANCA

Mme LEILA JADIB



No 9565

Professeur Ahmed BENNIS  
Spécialiste des maladies cardiovaskulaires  
98, Rue KADI LASS - MAARIF  
CASABLANCA 2536

134,30 x 3

### 1) CO-APROVEL Comprime Enrobe à 150 mg/12,5 mg Bte 28 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin, pendant 3 mois

56.60 x 3

### 2) STILNOX Comprime Pellicule Secabte à 10 mg Bte 20 Comprime

Prendre 1/2 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois

572,70

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V :56DH60  
LOT : 9MA036  
PER.:02/2023  
Barcode: 6 118000 061465

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V :56DH60  
LOT : 9MA036  
PER.:02/2023  
Barcode: 6 118000 061465

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V :56DH60  
LOT : 9MA034  
PER.:01/2023  
Barcode: 6 118000 061465