

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° W19-563736

37hoo

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé au Médecin

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Société :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-563736

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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.

N° W19-451588

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 13186	Société : ELAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL OUVANDANI Mohamed Amine			
Date de naissance : 05/11/1932			
Adresse : Ville n° 181 bt EL NANSOUR Neu			
Tél. : 06 76 16 35 92	Total des frais engagés : 783,50 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Dr. BENNANI-BATTI Anass			
OTU-KHINO - LARYNGOLOGIE CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU			
15 bis, Appt n° 3, Rue Jabal Bourdane Agdal, Rabat - 0561 487 828 - 0537 675 684			
19 AOUT 2020			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 04/03/2020			
Nom et prénom du malade : EL OUVANDANI Red Amine			
Age : 87			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : otalgie gauche / toux			
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.			
19 AOUT 2020 Dr. BENNANI-BATTI Anass			
OTU-KHINO - LARYNGOLOGIE			
CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU			
15 bis, Rue Jabal Bourdane			
Agdal, Rabat - 0561 487 828 - 0537 675 684			
19 AOUT 2020			
Fait à : El Ouvandani			
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]			

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 : **El Ouvandani**

Le : **09/08/2020**

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
06 MARS 2013	G	G	300,00	INP 101166908 DR. BENNANI-BATTA OTARHINO - LARYNGOLOGIE CHIRURGIE DE LA FILET ET DU COU Bab. 005 APR 0 3, Rue Yousfi Boulaq Med. - Rabat - 055 421 828 - 0521 675 684

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RYAD - NIFAO V. El Khansa Clot 1374 N°A Vilaq Témara Clot 05 37 11 13	04/03/2013	483,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

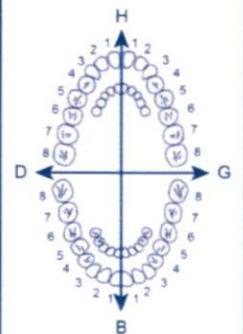
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

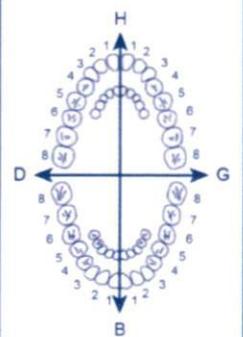
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des Travaux	
Montants des Soins	
Début d'Execution	
Fin d'Execution	
Coefficient des Travaux	
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



LOT : 190740
 UT AV : 04/2022
 PPV : 84,000 H

LOT N° UT AV : Add (DH)

Rabat, le 04/04/2020

ALER-Z® 10mg

28 comprimés pelliculés moulés



6 118000 081 31

Mr El ouahdani Mohamed Amine

ID : 634041
 GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 ID : PPV : 150.00 DH
 6 118001 140336

N du CE 25169 /2017/DMP
 Date d'attribution du CE 05/04/2018

PPC : 96,00 dhs

3 546895 030243



6 118001 150199

- 136,20
 84,00
 96,00
 14,30
 150,00
 185,50
- 1- Nasonex
 2 pulvérisations par narine matin et soir 1 mois
 - 2- Aller-Z comprimés 10 mg
 1cp le soir 1 mois
 - 3- Humer isotoniqu/NASONEX 50 µg/dose
 1 lavage par nar Suspension pour pulvérisation nasale
 Flacon de 120 doses
 P.P.V: 136,20 DH
 Distribué par MSD Maroc
 - 4- Otrivine 1 %
 1 pulvérisation
 1 inhalation matin et soi
 après chaque inhalation
 - 5- Flixotide 500µg
 1 inhalation matin et soi
 après chaque inhalation

PHARMACIE RYAD EL WIFAQ
 AV. El Khansa Lot 1374 N°4,
 Wifaq Témara - Tél: 05 37 61 13 66

Dr. BENNANI-BAITI
 OTO-RHINO - LARYNGOLOGIE
 CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU
 15 bis. Appt n° 3, 1^{er} étage, rue Jabal Bouiblane, Agdal - Rabat
 Agdal - Rabat - 0661 48 828 - 033 675 68

15، مكرر، الشقة رقم 3 ، الطابق الأول، رقة جبل بويلان، أكدال - الرباط

15 bis, Appt n° 3, 1^{er} étage, rue Jabal Bouiblane, Agdal - Rabat
 05 37 67 56 84 dr.a.bennani@gmail.com 06 61 48 78 28

INPE : 101166908 ITP: 257 300 39