

# 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.

**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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-531057

40745

COUPON  
NABAJ

### Maladie

### Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3015 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AMARA DYA BOURI

Date de naissance : 28/05/1962

Adresse : 121 MA8A7A TEMARA

Tél. : 06 62 03 83 59 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. Chakib BENNANI**  
Généraliste - Fertilité  
174, Av. Driss 1<sup>er</sup>, Massira  
Témara - Tél. : 0537 60 15 67

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....  
Nom et prénom du malade : BEN AARA NAZHA

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Affection Respiratoire

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 : 07/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

### Déclaration de maladie

N° W19-531057

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

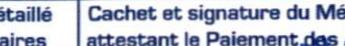
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

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
15/01/2020	Consultation	150.00	150.00	INP: 1111111111111111  Dr. Chakib BENNANI Générapathiste Fertilité 14 AV. DAKK 1 <sup>er</sup> Massira 1 Tél: 0537 60 15 87

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																				
	<b>SOINS DENTAIRES</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> <th>INP :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :				_____				_____				_____				_____				_____				_____				_____				_____				_____				_____				_____	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> 		
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :																																															
					_____																																															
					_____																																															
					_____																																															
					_____																																															
					_____																																															
					_____																																															
					_____																																															
					_____																																															
					_____																																															
					_____																																															
			_____																																																	
<b>MONTANTS DES SOINS</b> 																																																				
<b>DEBUT D'EXECUTION</b> 																																																				
<b>FIN D'EXECUTION</b> 																																																				
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> 																																				
		H	G																																																	
		25533412	21433552																																																	
		00000000	00000000																																																	
		D	G																																																	
		00000000	00000000																																																	
		35533411	11433553																																																	
		B																																																		
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> 																																																		
		<b>DATE DU DEVIS</b> 																																																		
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> 																																																		

Docteur Chakib BENNANI

الدكتور شكيب بناني

• Médecine Générale

• الطب العام

• D.E.S en Stérilité du couple

• شهادة في عقم الزوجين

• D.E.S en Colposcopie

• شهادة في تنظير عنق الرحم

• D.U. en Echographie-doppler couleur

• شهادة في الفحص بالإكوجراف بالألوان

• Circoncision

• الختان

Témara, le : ..... samedi 7 mars 2020 تمارة، في :

Madame Nezha BENAMARA

52 ans

22,20

CODOLIPRANE

2 cp 2 f/ jour, 1 Boite.

23,50

NODOL-FEN 200

1cp 3f/ jour, après les repas, 1 Boite.

45,80+2=47,60

CELESTENE 4 MG IM

1 Intramusculaire par jour 6 jours.

99,00

ACLAV 1G (B12)

1sachet 2 fois par jour, avant les repas, 1 Boite

الدكتور شكيب بناني

Docteur Chakib Bennani

الطب العام - عقم الزوجين

الكشف العام بالصدى

174 شارع إدريس الأول - المسيرة

تمارة - الهاتف: 05 37 60 15 67

236,30

PHARMACIE LA SOURCE

1, Lot des Sapeurs Pompiers

Massira 1 - Temara

GSM : 037.60.47.78

PPV 22DH20  
PER 10/21  
LOT 12427



AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

rapport amoxicilline-acide clavulanique : 8/1

*Poudre pour  
suspension buvable  
en sachet*

1g/125 ml

Antibiotique

voie orale

Boîte de 12 sachets

LOT : 5755

PER : 10-21

P.P.V : 99DH00

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

# No-Dol<sup>®</sup> fen

Ibuprofène

200<sub>mg</sub>

NO-DOL FEN 200MG  
CP PEL B30

P.P.V : 23DH50



6 118000 061885

LOT : 9MA014  
PER : 05 2021



**Titulaire de l'AMM :** sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat R.P.1 BP2611 - Aïn Sébaâ 20250  
Casablanca - Maroc

**Fabricant :** Maphar

km 10, route côtière 111, Quartier industriel  
Zenata - Aïn Sébaâ 20250 Casablanca - Maroc.

X03211

01/2021



611 800115 008 3  
CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp.Inj.  
P.P.V. : 45,80 DH  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura



03211

01/2021



611 800115 008 3  
CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp.Inj.  
P.P.V. : 45,80 DH  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura

