

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

N° W19-510427

134937

| | | | |
|---|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : | 5015 | Société : | RAM |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input checked="" type="checkbox"/> Autre : | RET. RETIT |
| Nom & Prénom : | | | |
| SALEM LARSEN | | | |
| Date de naissance : | | | |
| 26.04.61 | | | |
| Adresse : | | | |
| 30, Rue Arbaia | | | |
| MAYRIAD BERRECHID | | | |
| Tél. : | 06 75933908 | Total des frais engagés | |
| | | 1227,00 Dhs | |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| <p>DR BALOUL BERNANI Médecine Générale 132, Bc Hassan II - Berrechid Tél: 0522 33 75 55 ICE : 001748995000033</p> | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
|  | | | |
| Date de consultation : | | | |
| Nom et prénom du malade : | | | |
| Salem Larzen | | | |
| Lien de parenté : | | | |
| <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant  | | | |
| Nature de la maladie : | | | |
| Rép. belge | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : | | | |
| Verbes | | | |
| 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 : BERRECHID

Le : 05.10.22

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05-10-2022 | | 2018H | 132,80 | DR BALOUL BENNANI - Médecin Généraliste - 132,80 |
| 12-10-2022 | | 2018H | 132,80 | DR BALOUL BENNANI - Médecin Généraliste - 132,80 |

DR BALOUL BENNANI - Médecin Généraliste - 132,80 - 05223756000033
Tél: 05 22 37 56 00 - I.C.E: 001748995000033
N.P.E: 001748995000033

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| DR BALOUL BENNANI - Médecin Généraliste - 132,80 - 05223756000033 | 05/10/22 | 180,30 |
| DR BALOUL BENNANI - Médecin Généraliste - 132,80 - 05223756000033 | 12/10/22 | 1046,70 |

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.

| | |
|-------------------------|--|
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| MONTANTS DES SOINS | |
| DEBUT D'EXECUTION | |
| FIN D'EXECUTION | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| MONTANTS DES SOINS | |
| DATE DU DEVIS | |
| DATE DE L'EXECUTION | |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21486552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |
| G | | |

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BALOUL BENNANI NOUZHA

MEDECINE GENERALE

DIPLOMEE SE LA FACULTE DE
MEDCINE DE TIMISOARA

132, Bd. Hassan II - BERRECHID
Tél.: 05 22 33 75 55



الدكتورة بلو بناوي نزهة

الطب العام

خريجة كلية الطب بتيميشوارا

132، شارع الحسن الثاني - برشيد
الهاتف: 05 22 33 75 55

Berrechid, le

12 - 10 - 2022

ZOUARI Fouad

123,00 x 3
369,-

BioKartSal

LOT: 2208023
FAB: 08/2022
EXP: 08/2025
PVC: 123,00DH

81,-

1 gd / f

LOT: 2208023
FAB: 08/2022
EXP: 08/2025
PVC: 123,00DH

517,-

WPSCHE

LOT: 2208023
FAB: 08/2022
EXP: 08/2025
PVC: 123,00DH

79,70

Afix

P.V: 91,00 Dhs

Dr. BALOUL BENNANI.N
Medecine Générale
132, Bd. Hassan II - Berrechid
Tél: 05 22 33 75 55
ICE: 0017489500033

1046,70

Pharmacie: Beld
Berrechid
Lot 1 Al Athwain
Bd. Mohamed 6
Berrechid
05 22 33 75 55
68 68 08 20 68

Maphar
Km 10, Route Côtier 111
Ql Zenata Ain sebaa Cas
Curacne 40mg cap mo
P.P.V: 517,00 DH

791,70
P.V 790DH70
P.V 017725
P.V L357

6118001 183135

Dr. BALOUL BENNANI NOUZHA

MEDECINE GENERALE

DIPLOMEE SE LA FACULTE DE
MEDCINE DE TIMISOARA

132, Bd. Hassan II - BERRECHID
Tél. : 05 22 33 75 55



الدكتورة بلول بناني نزهة

الطب العام

خريجة كلية الطب بتيميشوارا

132، شارع الحسن الثاني - برشيد
الهاتف : 05 22 33 75 55

Berrechid, le

05-10-2022

ZOUARI Fethna



Taudel

71,30 109,-

DS05/22
05/2025
PPC : 109 DH

180,30

200 x 31/-

15

D 90088
19 x 31/-

15



IC : 001748995000033
Tel: 0522 33 75 55
132, Bd Hassan II - Berrechid
Medecine Generale
Dr. BALOUL BENNANI
Signature