

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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 Mohâmed 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

Nº W21-778755

AS 1984
 Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12305

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FASSI ZINE Yasmine

Date de naissance :

30/04/1984

Adresse :

Tél. : 06-56-520-520

Total des frais engagés : 201 1037 + 300 Dhs

Dr. M. BENNOUAN

PÉDIATRE

220, Bd Ghandi Dar Asmaâ Casablanca

Tél 0522 95 12 32 Urgence: 06 61 14 73 72

06 FEV. 2023

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 6/2/23 | 123.C3 | | 300 | INP : INPE:091027219 Dr. M. BENNOUNA PEDIATRE 220, Bd Ghandi Dar Asmaâ - Casablanca Tel: 0522 95 12 32 / Télécopie: 00 01 14 73 72 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|--------|-----------------------|
| PHARMACIE ANFA PLACE CLIC Astra Place BD. DE LA GEMMA C.C. : 250003 | 6/2/23 | 1037 |

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 |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

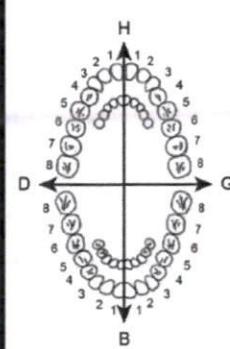
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|------------------------------------|
| | | | | INP : [REDACTED] |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED] |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [REDACTED] |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [REDACTED] |
| | | | | FIN D'EXECUTION [REDACTED] |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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

COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]

MONTANTS DES SOINS [REDACTED]

DATE DU DEVIS [REDACTED]

DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Pentaxim inj b1 ser 1 dose
P.P.V : 277,00 DH

E 118001 " 080632

de L'Institut de Médecine de l'Enfant (F)

Réanimation néonatale

ph.Métrie, Endoscopie digestive
et Proctologie Pédiatrique

Diplômé de la faculté de Médecine

Xavier Bichat- Paris

06.02.2023
Casablanca, le الدار البيضاء، في

Nourrisson HATIM OUMNIA

Age : 3 mois

Poids : 5,50 Kg

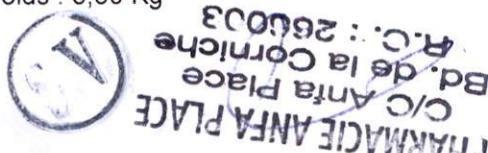
1 PENTAXIM VACCIN

1 boite

Une injection en IM

2 PREVENAR 13 VACCIN

une inj en IM



Dr Mohammed Bennouna

Dr. M. BENNOUNA
PEDIATRE
220, Bd Ghandi Dar Asmaâ Casablanca
Tél. 0522 95 12 32 Urgence 06 61 14 73 72

E-mail : medbenouna09@gmail.com

220، شارع غاندي، دار أسماء (قرب بيزا هوت) الطابق 1، البيضاء - الهاتف: 05 22 95 12 32 - المحمول: 72
220, Bd Ghandi - DAR ASMAA (près de Pizza Hut) - 1^{er} étage - Casablanca - Tél. : 05 22 95 12 32 - GSM 06 61 14 73 72