

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.

M22- 0028536 *SN*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6240**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **SRHIER**

OUADI

168921

Date de naissance : **14.06.1960**

Adresse :

Tél. : **0633258153**

Total des frais engagés : **362,70** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **22.05.2019**

Nom et prénom du malade : **BEGUIN SARAH**

Age : **15**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 :

Le : **22/05/2019**

Signature de l'adhérent(e) : **SRHIER**

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
<u>05</u> <u>023</u>	(1)		25301	<i>Docteur Ouadie BENNANI Pédiatre Hôpital de Bourgogne - Appt N° 26 Résid Shwer 1er étage - 69230 Villefranche - Tel : 06 61 42 44 46</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE ENNAIMA Sous licence 0022-0020-28 Signature : [Signature]</i>	06.05.23	0€,84V

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

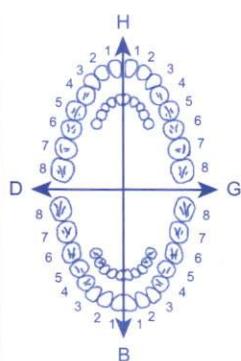
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ouadie BENNANI

Pédiatre
Homeopathe

Maladies des Enfants et Nourrissons

Lauréat de la Faculté de Médecine de Tours

Ancien Pédiatre des Hôpitaux de France

Allergologie infantile et Asthme

Sur rendez-vous



Casablanca, le 20 MAI 2023

بالموعد

الدكتور وديع باني
اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع
والطب الشهي
خريج كلية الطب بتور - فرنسا
طبيب الأطفال سابقاً بمستشفيات - فرنسا
أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

RE GUIW SARAH

18/70

D

VLIAVTA

2

PHARMACIE BENNANI
Nadia ZENNANI
Avenue du 20 Mai - Residence Taghzout
Casablanca - Tel.: 05 22 20 28 67

Docteur Ouadie BENNANI
Pédiatre
Homéopathe

159, Bd Bourgogne, Appt N° 26 Résid. Shwan
Casablanca - Tél. : 05 22 43.04.73 / GSM : 06 61 42 44 46

DULTAVAX

Vaccin diphtérique, tétanique et poliomyélitique (inactivé),
adsorbé, à tenue longue, contenant des antigènes

Diphtheria and Tetanus Toxoids and Poliomyelitis (inactivated) vaccine
(adsorbed) (containing antigen)

Suspension ii ml flacon remplie avec deux aiguilles séparées. Boîte de 1.

Suspension fo 6 118001 080342 prefilled syringe with 2 separate needles. Box of 1.

Voie intramusculaire/Intramuscular route

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Dultavax inj b1 ser 1 dose
P.P.V : 118,70 DH



SANOFI PASTEUR