

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-777475

191599

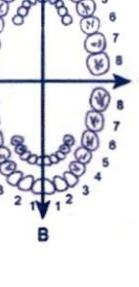
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9562	Société : Royal AIR MAROC		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KHOUYI BABA ABD			
Date de naissance : 13-2-70			
Adresse : 21 Rue Kébitra nez au			
Tél. : 066116766 Total des frais engagés : DHS			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Docteur BENNANI Said MEDECINE GENERALE Quartier Essaada 1 Bd. Chorfa N°18 EL Alia Monammedia Tél. 05 22 10 06 </div>			
Date de consultation : 30.12.2013			
Nom et prénom du malade : DR KHOUYI BABA ABD Age: 53 ans			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Ben mabrouk			
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 Le : 22/11/2013
 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 attestant le Paiement des Actes
30/12/13	C	A	1500	INP : 092450000000000000 CP : 0910250009 DOCTEUR BENNANI Saïd MEDECINE GENERALE Quartier Essaada, Bd. Chorafa 10000 El Atta

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																			
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 (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	Nature des Soins (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	Coefficient (Leave blank for O.D.F. Prostheses)															
				INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B			G	00000000	11433553	35533411		
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
B																			
G	00000000	11433553																	
35533411																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			

Docteur BENNANI Saïd

Médecine Générale

Echographie Clinique

Diplômé de l'Université de Montpellier

Visité médicale pour Permis de Conduire

Expert Assermenté près des tribunaux

Essaâda 1 - Bd. Chorafa

N° 18 - El Alia - Mohammedia

Tél.: 05 23 28 10 06

Urgences: 0661 52 40 53



الدكتور بناني سعيد

الطب العام

الفحص بالصدى

بكلية الطب بمونبولي

الفحص الطبي لرخصة السيارة

خبير محلق لدى المحاكم

السعادة 1 شارع الشرفاء

رقم 18 العالية - الخمودية

الهاتف: 05 23 28 10 06

المستعجلات: 0661 52 40 53

Mohammedia, le: 30/10/23 الخمودية في

KB KITOUYIBABA AM

37,60

15

extenseur (45,20 x 10)

Dr pression po

15

1 All x 2 l g

15

Mycostat aere ne

1 All x 2 l g

15

pour 2 semaines

72,90

Néomyc 150 - g/4

1 gel / semaine

15

Sangoku ph alch ou Hydralic

pour tablette x 21

88,00

288,90

Docteur BENNANI Saïd
MEDECIN GÉNÉRAL
Quartier Essaâda 1 Bd. Chorafa
N°18 El Alia
Mohammedia
Tél: 05 23 28 10 06



MYCOSTER 1%
CREME T30G
P.P.V : 45DH20
LOT : 23E012
PER.09 2006
6 118000 011118

MYCOSTER 1%
 CREME T30G
 P.P.V : 45DH20
 LOT : 23E012
 DÉP. 09 2026
 0 118000 011118