

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

W21-833735

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12097 Société : RAT A 99548

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL YAALA OUM' AYA Tehoh

Date de naissance : 27/04/1987

Adresse : 2, Rue TAHANA OUL N N ESALAT, C.I.L. A87

Tél. : 0661216679 Total des frais engagés 6004,138 = 738 Dhs

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/03/2024

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : DERMITE

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 OUSA Le 20/05/2024

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
13/03/2024	effacture	6000 OH		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/03/2024	138,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
	<table> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td><td>G</td></tr> <tr> <td></td><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>35533411</td><td>11433553</td><td>B</td></tr> </table>				H	25533412	21433552		D	00000000	00000000	G		00000000	00000000			35533411	11433553	B							
	H	25533412	21433552																								
	D	00000000	00000000	G																							
		00000000	00000000																								
		35533411	11433553	B																							
	<table> <tr> <th>(Création, remont, adjonction)</th><th>Montant des Honoraires</th></tr> <tr> <td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
	(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires																									
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Maha BENNANI LAHLOU

Dermatologie - Vénérologie

Cosmétologie - Laser

Diplômée de la faculté de médecine de Paris

Ancienne interne des Hôpitaux de Paris

الدكتورة مها بناني لحلو

إختصاصية في أمراض الجلد، الشعر، الأظافر

و الأمراض التناسلية

طب التجميل - جراحة الجلد - الليزر

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca, le :

13 mars 2024

Enf. EL YAALAOUI ADAM

1/ Tetralysal 300

1 gel/jour en évitant l'exposition au soleil 1 mois

2/ BELLA AURORA DEPIGMENTANT MARK-S

appliquer matin et soir au niveau des taches

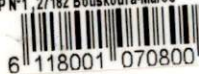


6900
x2

13800

Tetralysal®

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800



Tetralysal®

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800



BENNANI Maha
Dermatologue - Vénérologue
Casablanca, Imm. E. 2ème Etage
Angle Bd. Ghandi
et El Mansour - Casa
Tél. : 05 22 94 03 13

إقامة القصر، عمارة "E"، زنقة الياسمين، زاوية شارع غاندي ويعقوب المنصور، الدار البيضاء

Résidence du Palais, Imm. "E", Rue Yasmine - Angle Bd Ghandi et Yacoub El Mansour, Casablanca 20000

Tél. : 05 22 94 03 13 - الهاتف : Email : drmahabennani@gmail.com - البريد الإلكتروني :

I.C.E. : 001927407000026 - I.N.P.E. : 091170431

Docteur Maha BENNANI LAHLOU

Dermatologie - Vénérologie

Cosmétologie - Laser

Diplômée de la faculté de médecine de Paris

Ancienne interne des Hôpitaux de Paris

الدكتورة مها بناني لاهلو

إختصاصية في أمراض الجلد، الشعر، الأظافر

والأمراض التناسلية

طب التجميل - جراحة الجلد - الليزر

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca, le :

13/03/2024

الدار البيضاء، في :

Patient : EL YAALAOUI ARAM

Note d'honoraire

Acte: incision de microkyste et microabces du visage sous anesthesie locale

Net payé: 6000MH

Dr. BENNANI Maha
Dermatologue - Vénérologue
Rés du Palais, Imm E, 2ème Etage
Rue Yasmine Angle Bd. Ghandi
et Yacoub El Mansour - Casa
Tél : 05 22 94 03 13

إقامة القصر، عمارة "E"، زنقة الياسمين، زاوية شارع غاندي ويعقوب المنصور، الدار البيضاء
Résidence du Palais, Imm. "E", Rue Yasmine - Angle Bd Ghandi et Yacoub El Mansour, Casablanca 20000
البريد الإلكتروني : Email : drmahabennani@gmail.com - الهاتف : 05 22 94 03 13
Tél. : 05 22 94 03 13

I.C.F. 001927407000026 - I.N.P.E.: 091170431