

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.

N° W19-498254

par courrier

ND: 39682 casa

enfa

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **12982**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BENSAID Younes**

Date de naissance : **11/11/86**

Adresse :

Tél. : **066.14.31052**

Total des frais engagés : **782,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr M. BENNOUNA
PEDIATRE

*?20 Bd. Ghandi Dar Asmaâ - Casablanca
0522 95 12 32 Urgence : 06 61 14 73 72*

Date de consultation :

10/09/20

Nom et prénom du malade :

BENSAID Younes

Age :

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Uccinale

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 : *Casa*

Signature de l'adhérent(e) :

Dr M. BENNOUNA
PEDIATRE
Stadi Dar Asmaâ Casablanca 06 61 14 73 72

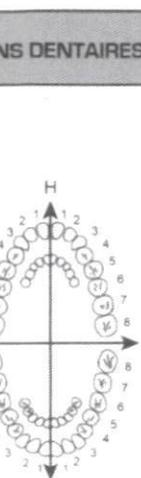
Le : **10/01/2020**

| 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 |
| 10/9/2023 | C2 | | 250 | INP : BENNOUSSI Dr M BENNOUSSI PEDIATRE et Par Asmaa - Casablanca 22 Ugence . 06 61 14 73 72 07/60 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| ARMAGNEC PHARMACIE 12/06/2003 | 10/09/2003 | 532 |

| ANALYSES - RADIographies | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | A M | P C | I M | I V | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| 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 : <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | |
| | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table> | | | H | 25533412 21433552 | D | 00000000 00000000 | B | 35533411 11433553 | G | | |
| | H | 25533412 21433552 | | | | | | | | | | |
| | D | 00000000 00000000 | | | | | | | | | | |
| | B | 35533411 11433553 | | | | | | | | | | |
| | G | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |

Dr. Mohammed Bennouna

PEDIATRE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille (France)

Réanimation Néonatale

ph. Métrie, Endoscopie digestive et Proctologie Pédiatrique

Diplômé de la Faculté de Médecine Xavier Bichat - Paris



الدكتور محمد بنونة

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

إنعاش المولود الجديد

شهادة جامعية في فحص المعدة والأمعاء

بالشاع الداخلي للأطفال (باريس)

10.09.2020

Casablanca, le الدار البيضاء، في

Nourrisson BENSAID RYM

Age : 2 mois 9 jours

Poids : 6,70 Kg

280

1 INFANRIX IPV HIB VACCIN

Une injection en IM

252

2 ROTARIX pdre/solv susp buv : Fl/1ml+solv

1 boite

Une prise per os

532

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 280,00 DH
ID : 644415R2
6 118001 140701

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 252,00 DH
ID : 644453R2
6 118001 142323

Dr Mohammed Bennouna

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

BD. R.C. : 26600
GIC Anta PIZZA
HARMAILI H.A.T
H.A.T
HARMAILI H.A.T

E-mail : bennouna-mohammed@menara.ma

06 61 14 73 72 - GSM : 06 61 14 73 72 - 220، شارع غاندي، دار أسماء (قرب بيزا هوت) الطابق 1، البيضاء - الهاتف : 05 22 95 12 32 - الفاكس : 05 22 39 53 38 - المحمول : 05 22 39 53 38

220, Bd Ghandi - DAR ASMAA (près de Pizza Hut) - 1er étage - Casablanca - Tél. : 05 22 95 12 32 - Fax : 05 22 39 53 38 - GSM : 06 61 14 73 72