

# 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@mupras.com |

47888

**Maladie**  **Dentaire**

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricole : 03705

Société :

**Actif**  **Pensionné(e)**  **Autre**

Nom & Prénom : SAFFI H. Abdellkader

Date de naissance : 01-01-1959

Adresse : rue 88 n° 17 groupe c El ouf

Tél. : 0661942246 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Dr Nourredine BENNANI  
Dermato - Vénérologue  
180, Rue Oued Sebou - Oulfa  
Casab - Tél: 0522 90 20 60

Date de consultation : 04/11/20

Nom et prénom du malade : SAFFI H Abdellkader

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : MUPRAS

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration et avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le 19 Nov. 2020

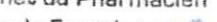
Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL Le 19/11/2020

## 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
26/11/83	EJ		250,00	INP : 0911021631

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/11/2020	82,30

#### **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

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que les résultats de toute analyse de laboratoire.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHÉSES DENTAIRES

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>										
												
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/>   <b>00000000</b> </td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> <b>01113554</b> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/>   <b>00000000</b> </td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> <b>02110000</b> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> <b>00000000</b> </td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> <b>02110000</b> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> <b>00000000</b> </td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> <b>01113553</b> </td> </tr> </table>		<input checked="" type="checkbox"/> <b>00000000</b>	<b>01113554</b>	<input type="checkbox"/> <b>00000000</b>	<b>02110000</b>	<input type="checkbox"/>		<b>00000000</b>	<b>02110000</b>	<b>00000000</b>	<b>01113553</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>00000000</b>	<b>01113554</b>											
<input type="checkbox"/> <b>00000000</b>	<b>02110000</b>											
<input type="checkbox"/>												
<b>00000000</b>	<b>02110000</b>											
<b>00000000</b>	<b>01113553</b>											
		<b>MONTANT</b>										

(Création, remont, adjonction)

Dr. Noureddine BENNANI

Lauréat de la Faculté de Médecine de Nancy

Maladies de la Peau du Cuir Chevelu et des ongles

Adultes et Enfants

Maladies sexuellement Transmissibles

Esthétique et chirurgie de la Peau

Epilation définitive et détatouage par laser

Sclérose des varices



الدكتور نور الدين بناني

خريج كلية الطب بنانسي

أمراض الجلد و الشعر والأظافر

الأطفال والكبار

الأمراض الجنسية المعدية

جراحة و تجميل الجلد

إزالة الشعر نهائياً و الوشم بالليزر

علاج الدوالي

04 NOV. 2020

Casablanca, le :

الدار البيضاء في :

STAFFIM A.

40.50

Effacut 1/2 de la bouteille  
41.80  
- 41.80  
- Enlev  
1/2 bouteille

SV

SV

PPV  
LOT  
PER

41.80

82.30

Dr Noureddine BENNANI  
Dermato - Vénérologue  
160, Rue Oued Sebou - Oulfa  
Casa - Tel: 0522 90 20 60

صيدلية حي المثامن  
PHARMACEUTIQUE WIAM  
252 84 11 77  
Tél: 0522 91 17 11 Fax: 0522 91 17 11

180. زنقة واد سبو زاوية شارع وادي أم الربيع (عمارة وكالة ليديك). الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 90 20 60 / 05 22 90 86 86

180, Rue Oued Sebou Angle Bd Oum Rabie (Imm. Agence Lydec), El oulfa - Casa - Tél.: 05 22 90 20 60 / 05 22 90 86 86

E-mail : drbenour@gmail.com - ICE : 001830087000033