

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données 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

480147..

Déclaration de Maladie : N° P19- 0024003

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9858 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

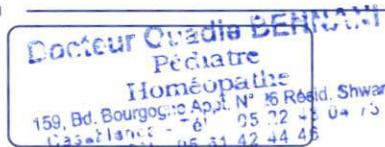
Nom & Prénom : BENCHEKOURA KARIM Date de naissance : 11/08/1966

Adresse : B.C.G. Villa 248 911 Ville verte Bouskoura

Tél. : 0661117622 Total des frais engagés : #469,00 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04 SEP. 2020

Nom et prénom du malade : BENCHEKOURA KARIM Age : 54 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : asthme

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 : 19/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Chèche et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04 SEP 2020	CS		EFS MU	Docteur Cláudia ESEN Pédiatre Humétoalite 159, Av. Bourgoin - 69130 Villeurbanne Téléphone : 04 72 51 42 44 Fax : 04 72 51 42 45 N° de Résid. Shwartz : 16 51 42 44 04 15

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/09/2020	219,-

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
		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.

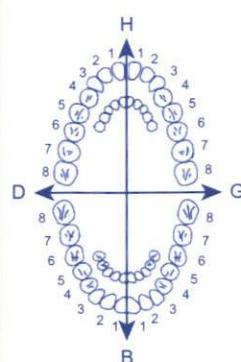
Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
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

الدكتور وديع بناني

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع
والطب المثلثي

خريج كلية الطب بتور - فرنسا

طبيب الأطفال سابقاً بمستشفيات - فرنسا

أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

بالموعد

Casablanca, le 04 SEP. 2020

21,80

LOT N°:

UT. AV:

PPV:

42,00

59,00

①

SALITIR 500 mg (N°11)

21,80

②

POLYDext Aminal

42,00

③

Predni 20 mg

37,20

④

Eyfl 1 g

219,00

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
E-mail : bennaniouadie@gmail.com

PPV: 59DH00
PER: 11-21
LOT: I 2398

159 شارع بورغون الشقة رقم 26 إقامة شوان . الدرايبضا . الهاتف: 05 22 43.04.73 . المحمول: 06 61 42.44.46

159, Bd de Bourgogne, Appt N° 26, Résid. Shwan Casablanca - Tél.: 05 22 43.04.73 / GSM : 06 61 42.44.46

البريد الإلكتروني: bennaniouadie@gmail.com