

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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° W19-537896

ND: 52384

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8861

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FAZAAZ Loulou

Date de naissance : 27-04-69

Adresse : 36 lot Belle Vue n°63 Dakhla

Code postal : 56000

Tél. : 066 864 91 86 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/12/2020

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

otitis ouiguo

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.

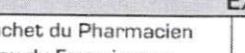
Fait à : casab

Le : 03/12/2020

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
09/10/2020.	CS	1	4500 Dhs	 Dr. Amina BENZAOUIA INSTITUT OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE 157 Lot Dandoune, Sidi M'hamed Tél. 0622780217

EXECUTION DES ORDONNANCES

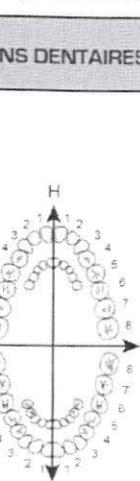
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE PORTE CALIFORNIE Route 109, Daïlaïj Daoul Bachkou, Route de la Mequée Casablanca - Tél. 05 22 81 20 00	02/12/82	150,80

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	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.																
 O.D.F PROTHÉSES 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'EXÉCUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>												
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</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique nécessaire à la profession</p>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	00000000		00000000	35533411		11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
00000000		00000000														
35533411		11433553														

Docteur Amina BENZAOUIA

Oto - Rhino- Laryngologue

Spécialiste des maladies de l'oreille du nez et de la gorge
Exploration des Vertiges et surdités
Allergologie - Endoscopie ORL
Chirurgie cervico-faciale
Ancienne interne du CHU Ibn Rochd
Ancienne interne du CHU Pellegrin bordeaux



الدكتورة أمينة بنزاوية

أخصائية أمراض الأنف والأذن والحنجرة

أخصائية في أمراض الأنف والأذن والحنجرة
أخصائية في أمراض و درجة الأنف والأذن والحنجرة والمنق
تشخيص الصمم والدودة
أمراض الحساسية
طبية داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد
طبية داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي لبوردو

09/10/2020

21,00

78,00

SL ~

1) Tangam q



1cp x 3 / j pofteo

78,-

2) Béta Sac q



1cp x 2 / j pofteo

21,00

3) Polydene souts



150,8 + 3 gts x 2 / j pofteo

Dr. Amina BENZAOUIA

OTO-Rhino-Laryngologue

157, Lot Dandoune-Sidi Maârouf

Tel: 0522 78 02 17 - Casablanca

Tel: 0522 78 02 17

E-mail: benzaouiaamina@gmail.com

PHARMACIE PORTE CALIFORNE
Route 109, Dar Haj Daoui

Route de la Mecque

157, Lotissement Dandoune Sidi Maârouf,

Tel: 0522 78 02 17

Tel: 0522 78 02 17

Tanganil® 500 mg
تاجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - قرص 30

728860

VTE : MA - PPV : 51DH00



6 11800118334