

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 |

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.

Maladie

Dentaire

NP^o 19576

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9424 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TONINI BENJELLOUN IBRAHIM

Date de naissance : 15/02/73

Adresse : 13 RUE 10 LOT YOUSRA CALIFORNIE

CASA

Tél. : 06 64 47 21 55 Total des frais engagés : 250 Dhs + 223,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/12/2013

Nom et prénom du malade : TONINI BENJELLOUN IBRAHIM Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Blancheur

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 : 04/02/2020

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
26/12/13	C3		250,00	Dr. Bénaïdettarzik Signature Dr. Bénaïdettarzik Date : 26.12.2013 Signature : Dr. Bénaïdettarzik Signature : Dr. Bénaïdettarzik Signature : Dr. Bénaïdettarzik
				09/10/2013 - N° 95 11 17 Signature : Dr. Bénaïdettarzik Signature : Dr. Bénaïdettarzik
				Signature : Dr. Bénaïdettarzik Signature : Dr. Bénaïdettarzik
				Signature : Dr. Bénaïdettarzik Signature : Dr. Bénaïdettarzik

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ADDIAN Al Jadida - 200-022-50.75.10	26/12/19	223,02

ANALYSES - RADIOGRAPHIES :

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

AUXI HAIBES 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 :

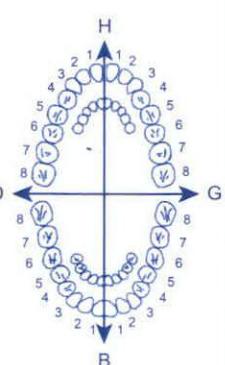
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik
pédiatre spécialiste

diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,



الدكتورة حناء بنخضرة بنعبد الرزاق
اختصاصية في أمراض الأطفال والرضيع
خريجة كلية الطب بلجيك (بلجيكي)

CASABLANCA, le 26.12.2019

Enfant TOUIMI BENJELLOUN Aya
Age : 3 ans 11 mois
Poids : 16,20 Kg

PPV: 70,60 DH
LOT: 608449
PER: 11/2020

PPV: 70,60 DH
LOT: 607882
PER: 11/2020

1 CLAVULIN SIROP ENFANT

2 boites

Prendre 1 dose/ kg, le matin, le midi et le soir, pendant 8 jours

S.V.

70,60

XL

60,00

21,50

2 ENTEROGERMINA

S.V.

Prendre 1 dose le matin et le soir, pendant 5 jours.

S.V.

3 BUTOVENT SIROP

Prendre 1 cuillère-mesure le matin et le soir, pendant 7 jours.

4 STERIMAR PULVÉRISATION

S.V. SP

1 pulvérisation le matin, à midi et le soir

Dr Hanane BENKHADE
416, Anoual Capital center Bd abdelmoumen
Anoual Entrée A, Bureau N° 9 1^{er} étage - Tél : 05 22 86 37 27 - Cabinet : 06 59 93 11 11
Fax : 05 22 86 37 27 - Code postal : 10023374
Tél : 05 22 86 37 27 - Cabinet : 06 59 93 11 11
Fax : 05 22 86 37 27 - Code postal : 10023374
Dr Hanane BENKHADE
416, Anoual Capital center Bd abdelmoumen
Anoual Entrée A, Bureau N° 9 1^{er} étage - Tél : 05 22 86 37 27 - Cabinet : 06 59 93 11 11
Fax : 05 22 86 37 27 - Code postal : 10023374

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain seba Casablanca
Enterogermina, susu P.P.V : 60,00 DH
118001 081653

21,50

Casablan

416، أنوال كابيال سانتر شارع عبد المؤمن زاوية شارع أنوال المدخل A المكتب رقم 9 الطابق الأول - الهاتف : 05 22 86 37 27 - الفاكس :

416, Anoual Capital center, Bd abdelmoumen angle Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1^{er} étage - Tél : 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11

— benkhadrahanan@gmail.com — Urgence : 06.63.05.28.12 — المستعجلات : Fax : 05 22 86 15 32 —