

## 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8772 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MADKOUR Zakaria

Date de naissance :

26.02.1967

Adresse :

VILLA 286 lot FBLIDA Route S.M. Oulad F  
20190 CASABLANCA

Tél. :

0661310657

Total des frais engagés :

424

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Noureddine BENNAI  
Dermato - Vénérologue  
180, Rue Oued Sebou - Oulad  
Casa - Tél: 0522 90 20 60

Cachet du médecin :

Date de consultation :

26 MAI 2021

Nom et prénom du malade :

MADKOUR Zakaria

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection cutanée

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 :

Le : 26/05/2021

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 MAI 2021	CS		320,00	INP : 0910256315 Dr Noureddine BENNANI Dermato - Vénérologue 10 Rue Oued Sebou - Oulata T : +221 90 20 63

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/05/21	124,90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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'ODF

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 SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

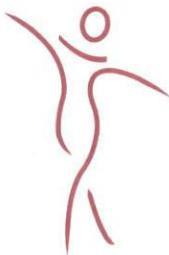
VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 الدوالبي

26 MAI 2021

Casablanca, le :

الدار البيضاء في :

M. AADKOUR ZAKARIA

LOT : M0030  
EXP : MAI 2025  
PPV : 39,60 DH

40,50 -

~~effet hydrophil~~ SV

39,60 -

~~exodeil cire~~ SV

(42,40 X 2) -

~~gabel / pince~~

LOT : 0062  
EXP : OCT 2022  
PPV : 40,50 DH

303

z gebely

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



05 22 90 20 60 / 05 22 90 86 86 - الهاتف : الألفة - الدار البيضاء - (عمارة وكالة ليديك).

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

أَفْرِيْكَ - فَارِسٌ  
A F R I C - P H A R

1 Gélule  
Voie orale  
LOT 19C083  
EXP 11/22  
PPV : 22DH40

Fluconazole

NOMYC® 150 mg

Fluconazole  
NOMYC® 150 mg

1 Gélule  
Voie orale

AFRIC-PHAR

LOT

**19C083**

EXP

**11/2022**

**PPV : 22DH40**

AFRIC-PHAR



**1 Gélule**

**Voie Orale**

**NOMYC®**

**150 mg**

**NOMYC® 150 mg**

**Fluconazole**

**1 Gélule**

**Voie Orale**

