

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 : 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 : 5493

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. BENNANI LAHLOU Maha
Dermatologue - Vénérologue
Rés. du Palais 11m. E, 1er Etage
et Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél: 05 22 20 45 45

Date de consultation : 19/11/2011

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous forme de code à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

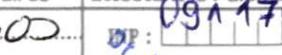
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19/11/2011



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
Le 18/11/2021	Cs	Cs	400,00	091170431 Dr : Dermatologue Res. du palais 14, rue Jasmin 75014 Paris
Le 22/11/2021	Che	grat		

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

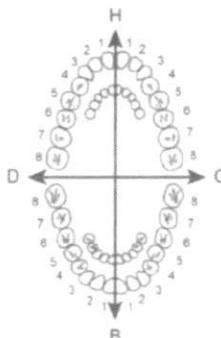
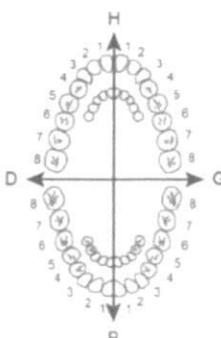
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input style="width: 100%;" type="text"/>		
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div>		
ODF PROTHÉSES DENTAIRES						
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> $\begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array}$ </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> $\begin{array}{r l} H & G \\ \hline D & B \end{array}$ </td> </tr> </table>				$ \begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} $	$ \begin{array}{r l} H & G \\ \hline D & B \end{array} $
	$ \begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} $	$ \begin{array}{r l} H & G \\ \hline D & B \end{array} $				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession						
<input style="width: 100%;" type="text"/>				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Maha BENNANI LAHLOU

Dermatologie - Vénérologie

Cosmétologie - Laser

Diplômée de la faculté de médecine de Paris

Ancienne interne des Hôpitaux de Paris

الدكتورة مهابناني لحلو

اختصاصية في أمراض الجلد، الشعر، الأظافر

و الأمراض التناسلية

طب التجميل - جراحة الجلد - الليزر

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس



19 novembre 2021

Mr. BOUJLIL Ramy

1/ BACTOSPRAY

LOT: BIB77

EXP: 09/2024

PPC: 138.00DH

PPV: 66.80 DH

2/ flamazine creme

1f/j

3/ compresse sterile 1 boite

4/ URGOTUL 10 sur 10 cm

5 pansement

5/ bandes de gaz URGO 7cm

5 rouieu

AUGMENTIN

1 goutte

PPU: 126.30 DH
LOT: 646735
PER: 09/22

331135

5 goutte

Dr. BENNANI LAHLOU
Dermatologue Vénérologue
Rés. du Palais, Imm. E 1er étage
Rue Yasmine, Angle Bd. Ghandi
et Yacoub El Mansour - Casablanca
Tel: 05 22 94 03 13

إقامة القصر، عمارة "E" ، زنقة الياسمين، زاوية شارع غاندي و يعقوب المنصور، الدار البيضاء

Résidence du Palais, Imm. "E", Rue Yasmine - Angle Bd Ghandi et Yacoub El Mansour, Casablanca 20000

Tél. : 05 22 94 03 13 - الهاتف: - Email : drmahabennani@gmail.com البريد الإلكتروني:

I.C.E.: 001927407000026 - I.N.P.E.: 091170431