

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 36147

Société : 180 797

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NAGIHI FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28.06.2022

Nom et prénom du malade : Nagihi Fatima Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

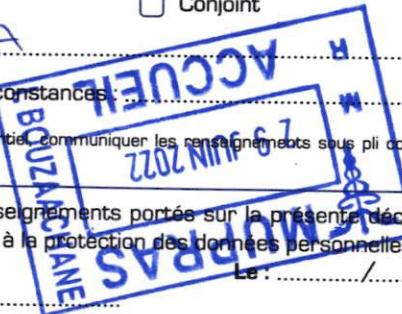
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.

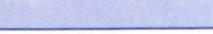
Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



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
28/06/2022	3		10000	DR BENNIS LOUBNA
				DR BENNIS LOUBNA
				DR BENNIS LOUBNA

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE FARIS EL BAIDA 928, Bd Mohammed VI Tél: 05 22 28 90 00 - RC : 373141	28-06-2022	236,80

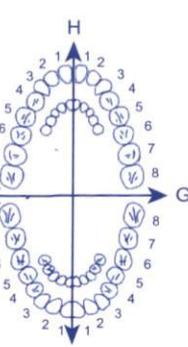
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

Imp Veu	68,90		ure des soins.
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	(50 X 20 X 114) mm Soins	s, ainsi que le bilan de l'ODF.

A handwritten dental chart on lined paper. The chart shows two arches: upper on top and lower on bottom. The teeth are numbered 1 through 8 on each side of both arches. Symbols are placed in some of the circles, such as 'Y' or 'V'. The chart includes directional arrows: 'H' at the top, 'D' on the left, 'G' on the right, and 'B' at the bottom.

EXP 01/2024
PPV 99.00DH

	DES SOINS
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> 	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Dr. Loubna BENNIS

Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie

nutrition et maladies métaboliques

Diplômée de la faculté de Médecine et

de Pharmacie de Casablanca

Ancienne interne du CHU de Casablanca

- Diplômé en pathologie hypothalamo hypophysaire Paris

- DIU en nutrition Montpellier



الدكتورة لبنى بنیس

أخصائة في أمراض الغدد والسكري

النحو والتغذية وأمراض الأرض

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدارالبيضاء

طبعة داخلية سابقة بالمركز الاستشاري

الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء-

دبلوم أمراض الغدة النخامية بباريس

دبلوم أخصائي في التغذية بمونبولييه

Casablanca le : 28/06/2011

Jee Naghi Fotineg

68.90x2

- Flu de alp

1915

99,00

- oder

noz2

236,80

~~PILAR BEATRICE FARIS
EL BARRIO 1A
C.C. SEDIA
05-22-28-90-90
er: 05-22-28-90-90
FAX: 05-32-141~~

9 Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn Adaraa El Mourakouchi Résidence Fatima Zahra II, 4^e étage - N° 12 Casablanca (au dessus de mariane market et BMCE)

0522 61 22 24 / 0522 61 22 25 bennisloubna@yahoo.fr

٩ زاوية شارع ابن تاشفين وشارع ابن العذراء المراكش، اقامة فاطمة الزهراء ٢ الطابق ٤ رقم ١٢، الدار البيضاء (فوق مرجان ماركت و BMCE)