

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.



Déclaration de Maladie

Nº M21- 081203

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05974

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BENNIS - Alougha

Date de naissance :

01/08/1961

Adresse :

Rue EL Naoufel 349 445

Tél. :

0661155807 Total des frais engagés : _____ Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

19/05/2022

Nom et prénom du malade :

BENNIS NOUZA

Age : 60 Ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dermite

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 : CASA BLANCA

Le : 19/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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
Les 19/05/98	C	C	300,00	Dr. M. A. N. LAHLOU Spécialiste en Dermatologie et Vénérologie Rés. du palais - Imm. E 1er étage 123, Bd Yasmine - 90000 Mantes Tél: 02 32 94 03 77 - Casab

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. M. A. N. LAHLOU - 123, Bd Yasmine - 90000 Mantes - Tél: 02 32 94 03 77	19/5/98	471,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	00000000	00000000	
	G	35533411	11433553	
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DEBUT D'EXECUTION
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	00000000	00000000	
	G	35533411	11433553	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			FIN D'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

إخصاصية في أمراض الجلد، الشعر، الأظافر

والأمراض التنسالية

طب التجميل - جراحة الجلد - الليزر

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

Casablanca, le :

19 mai 2022 الدار البيضاء

Mme BENNIS Nouzha

1/ BACTOSPRAY

pour désinfecter mati et soir

2/ fucidine pommade

matin et soir

3/ VALEX

2 cp 3 fois par jour pendant 7 jours (boîte de 42 cp)



PHARMACIE MELAKHASS
223, Bd YACOUB EL MANSOUR - Casablanca
Tél: 0522 38 25 51

M. BENNANI LAHLOU Maha
Dermatologue et Vénérologue
du Palais, Imm. E, 1er Etage
Yasmine - Angle Bd. Ghandi
et Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél: 05 22 94 03 79

432,00
00 H 0 4 3 0 0 0
P.P.V. 4 3 0 0 0 0
LOT 22002
E 4 3 / 2 5

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

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

البريد الإلكتروني : drmahabennani@gmail.com

Tél. : 05 22 94 03 13

I.C.E.: 00192740700026 - I.N.P.E.: 091170431