

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

N° W21-710362

121349

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

03705

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAFFI H. Abdelkader

Date de naissance :

01-01-1959

Adresse :

me 83 n° 17 groupe C Elouffa

Tél. :

0661962246

Total des frais engagés :

478,10

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

09 MAI 2022

Nom et prénom du malade :

SAFFI H. Abdelkader

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie certaine

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 la médecine conseil de la Mutuelle.

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

Fait à :

casablanca

Le : 09/05/2022

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
09 MAI 2022	CJ		3031074	INP : 09/05/631  Dr. Noureddine BEHNAIJI Bermuda Vendredi 09/05/2022 10 Rue Oued Sabou, Oujda 0537 00 22 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mme MAHROUCH Zahrat N° 2, Bd. Oued Mahrouch Bab El Oued Télé: 032 90 51 00 Casablanca	03/15 2022	178,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 pratique en indiquant la nature des soins

Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan x

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{c c} H & \\ \hline 25533412 & 21433553 \\ 00010000 & 00000000 \\ \hline 00010000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \\ \hline B & G \end{array} $			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonction : Therapéutique, nécessaire à la prothèse</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXI

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 الدوالى

09 MAI 2022

Casablanca, le : الدار البيضاء في :

J: STAFFIA Abdelkader

1740 demanda AS

8730 demanda AS

7340- Entra AS

178,10



Dr. Noureddine BENNANI
Dermato - Vénérologue
180, Rue Oued Sebou, Oujda
Tél: 05 22 90 20 60 / 05 22 90 86 86

7340

180. زنقة واد سبو زاوية شارع وادي أم الربيع (عمارة وكالة ليدك). الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 90 20 60 / 05 22 90 86 86

180, Rue Oued Sebou Angle Bd Oum Rabie (Imm. Agence Lydec), El ouffa - Casa - Tél.: 05 22 90 20 60 / 05 22 90 86 86

E-mail : drbenour@gmail.com - ICE : 001830087000033