

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.

N° W19-576745

144372

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	08365	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	JRIA ABDELLAH
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661233376 Total des frais engagés : 250 + 704,40 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Docteur Quadie BENNAI Pédiatre Homéopathie 150 Bd Bourgogne Appt. N° 26 Résid. Shwar Casablanca. Tél. 05 22 43 04 73 GSM 06 61 42 44 46			
Date de consultation : 13/10/2022			
Nom et prénom du malade : JRIA ELYAS Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Rhume			
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 : ESCAFA Le : 10/10/2023
Signature de l'adhérente(e) : R ACCUEIL



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
<u>13</u> <u>10</u> <u>2012</u>	<u>151</u>		<u>2500 F</u>	INP : <u>0910250616</u> 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ALAK HAFIZ Rachid Pharmacien Elouina Tunisie 052905345 16800035</i>	13/10/2022	704,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

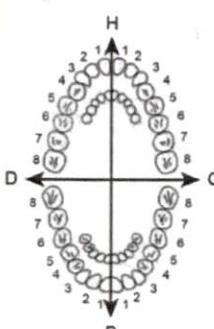
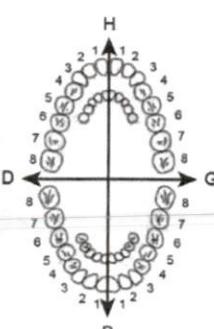
AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET CORROBAIRES

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []										
				MONTANTS DES SOINS []										
				DEBUT D'EXECUTION []										
				FIN D'EXECUTION []										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []										
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">G</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS []
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
				DATE DU DEVIS []										
				DATE DE L'EXECUTION []										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Dr. Ouadie BENNANI

Pédiatre
Homeopathe

Maladies des Enfants et Nourrissons
Lauréat de la Faculté de Médecine de Tours
Ancien Pédiatre des Hôpitaux de France
Allergologie infantile et Asthme



Sur rendez-vous

Casablanca, le

13 OCT. 2022

الموعد

الدكتور وديع بناني
اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع
والطب المثلثي
خريج كلية الطب بتور - فرنسا
طبيب الأطفال سابق بمستشفيات - فرنسا
أمراض الجهاز التنفسى والحساسية

PPV: 80 DH 00
PER: 01/25
LOT: L126

PPU 40 DH 00
EXP 06/2025
LOT 22012 8

LOT: GB20543
PER: 02/2024
PPV: 140 DH 00

Docteur Ouadie BENNANI
Pédiatre
Homeopathe

06 61 42 11 70 | 06 22 43 04 73
159, Bd Bourgogne | App 16 Résid. Shw
Casablanca | GSM 06 61 42 11 70
E-mail : bennaniouadie@gmail.com

JRI A ELYAS



N° du Lot 2/L498
Date Per. 11.2.24
P.P.V: 119,10 DH

Lot n°: 0085061A
Pér.: 03 - 2025
P.P.V: 45 DH 00

LOT: GB20543
PER: 02/2024
PPV: 140 DH 00

LOT: GB20543
PER: 02/2024
PPV: 140 DH 00