

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

- 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.

171072

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 03447 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NAGIETI FATIMA

Date de naissance : 01/07/1953

Adresse : 737 Bd MOLTAHED VI CASA

Tél. : Total des frais engagés : 306.30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Nagieti Fatima Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Alégoride

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 Le : 03/08/2023

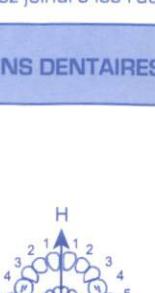
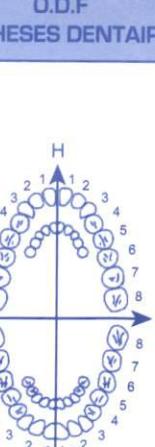
Signature de l'adhérent(e) :



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
03/08/23	Cg		2000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>EL PAULI MEDICAL STALS</i>	03/08/23	€ 6.30

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX															
MONTANTS DES SOINS																			
DEBUT D'EXECUTION																			
FIN D'EXECUTION																			
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX															
MONTANTS DES SOINS																			
DATE DU DEVIS																			
DATE DE L'EXECUTION																			
DETÉRMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																			
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
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 بنيس

أخصائية في أمراض الغدد والسكري

والغذية وأمراض الأيض

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقة بالمركز الاستشفائي

الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء -

دبلوم أمراض الغدة النخامية بباريس

دبلوم أخصائي في التغذية بمونبولي

Casablanca le : 03/08/23

PPV: 56,30 DH

LOT: 22J24D

EXP: 10/2024

Noureddine Naghibi Fatima

56-30

- D - Cere adep
jaune 15 gres
jaune 50 gres

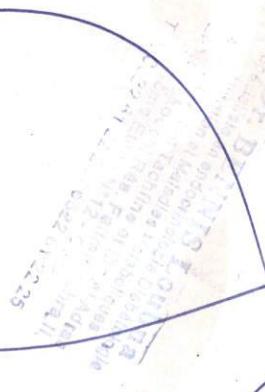
AS

désinfection

pas de perte

Tel: 05 22 28 90 90 - RC: 373141
928, Bd Mohamed VI
EL BALIDA

PHARMACIE PARIS



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

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

زاوية شارع ابن تاشفين وشارع ابن العزاء المراكشي، إقامة قاطمة الزهراء 2 الطابق 4 رقم 12، الدار البيضاء (فوق مرجان ماركت و BMCE)