

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° W21-820046

177038

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 111909

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JABBAR YOUNES

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06011771178

Total des frais engagés : 639,03 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : JABBAR JAD

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

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

Signature de l'adhérent(e) : JABBAR JAD

Le : 27/09/23

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
22/09/2013	(5)		25000	INP : 091025676
				Docteur Quadie Pédiatre Homéopathie Boulogne Appt. N° 26 Résid. Shirar Télé : 05 22 43 04 73 06 61 42 44 46

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23-09-23	364,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

BELEVE DES EBRAIS ET HONORABIES

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 : <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				
				DATÉ DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>

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

الدكتور وديع بناني

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

والطب المثلثي

خريج كلية الطب بيروت - فرنسا

طبيب الأطفال سابق بمستشفيات - فرنسا

أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

بالموعد

Casablanca, le

23 SEP. 2023

JABDAR

JAD

PHARMACIE AHJAJMA
Nadia ZEMMAMA

Avenue du Phénix, résidence Taghazout
Casablanca - Tel. 0522 20 28 67

364,00

① VAR

②

✓ 263

②

KETIDER

SV

✓ Docteur Ouadie BENNANI

Pédiatre
Homéopathe
159 Bd Bourgogne Appt N° 26 Résid. Shwan
Casablanca Tél : 05 22 43 04 73
GSM : 06 61 42 44 46

PHARMACIE MAZOLA
me BENI 17/21, 1st floor
Hay Hassani - Casablanca
Tel : 0522 93 36 89

159 شارع بيرغون الشقة رقم 26 إقامة شوان - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 43.04.73 - المحمول: 06 61 42.44.46

159, Bd de Bourgogne, Appt N° 26, Résid, Shwan Casablanca - Tél. : 05 22 43.04.73 / GSM : 06 61 42.44.46

E-mail : bennaniouadie@gmail.com البريد الإلكتروني:



JANSSEN-CILAG S.A.
Fabricué sous licence par
maphar - Casablanca

• Découverte de la recherche JANSSEN

Kétoderm® crème

kétoconazole

2 g pour 100 g

Tube de 10 g



①

KETODERM 2%
OTC
P.P.V. 250H3A

LOT: 23E004
PER: 03 2026

②

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

