

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11766 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENNAOUI NED ANIL

Date de naissance : 05/04/1976

Adresse : LOT NAB ROUCA SIDI MAAROUF CASABLANCA

Tél. : 0663 47 2462 Total des frais engagés : 924,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Fouad BENNANI
CARDIOLOGUE
136, Imm. Faraj Rte. Bouskoura Sid Mâarouf II
Tél 05 22 58 30 15 - Casablanca
GSM 06 61 15 98 81

Date de consultation : 02 MARS 2024

Nom et prénom du malade : BENNAOUI MOHAMED ADIL Age : 48

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : HJA

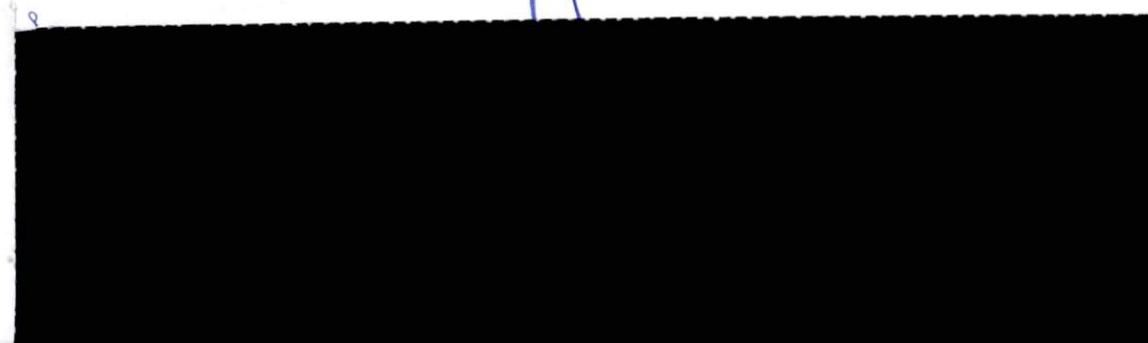
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : casablanca Le : 07/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : chabat



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 02 MARS 2024 | ECG | | 300,00 18M | Dr. Fouad BENNANI CARDIOLOGUE 136, Imm. Faraj Rte. Boussoura Sidi Maârouf Tél. 05 22 58 30 15 Casablanca GSM 06 61 15 98 81 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| PHARMACIE ABAZID 39, Lot Assia Sidi Maârouf 20100 Casablanca Tél: 05 22 58 01 19 | 02/03/2024 | 624,00 |

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|---|---|---|---------------------------------|
| | | A | M | P | C | |
| | | | | | | |

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.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-------------------------------------------|------------------|-------------|-------------------------|--|--|--|--------------------|--|--|--|---------------|--|--|--|---------------------|--|--|--|
| | | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | H | 25533412 | 21433552 | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | G | 35533411 | 11433553 | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | DATE DU DEVIS | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | |
| CCEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fouad Bennani

CARDIOLOGUE

Maladies du coeur et des vaisseaux
Spécialiste de la Faculté de Médecine de Rouen
Explorations Cardio-Vasculaires
Echocardiographie-Holter
Epreuves d'Effort
C.E.S Médecine du Sport



الدكتور فؤاد بناني

اختصاصي في أمراض القلب
خريج كلية الطب بفرنسا
فحص القلب والشرايين
الطب الرياضي

Casablanca, le 02 MARS 2024

M' envoi M^e Azi

208,00 × 3

Codelcam 5/5 mg

624,00

PHARMACIE ABAZID
30, route Assila Sidi Maârouf
Tél: 05 22 58 01 19

Fouad BENNANI
CARDIOLOGUE
Rue: Faraj Rte. Bouskoura Sidi Maârouf III
Tél: 05 22 58 30 15 - Casablanca
GSM: 06 61 15 98 81

Durée du traitement :
à revoir après

إقامة فرج 136، طريق بوسكورة سيدى معروف III - الدار البيضاء
CABINET : 136, Immeuble FARAJ, Route Bouskoura - Sidi Maârouf III - Tél : 05 22 58 30 15 - Gsm : 06 61 15 98 81

