

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12704

Société : 2A7

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TOUFALA MORTAMED

Date de naissance : 04/01/86

Adresse : 160 BD Bourgogne

Tél. : 066 99097 99

Total des frais engagés : 850 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23.08.2019

Nom et prénom du malade : TOUFALA MORTAMED Age : 33

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Eczéma de contact + Verdue.

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.

19 SEP. 2019

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 : Accueil Siege, RUE ALLAL BEN ABDELLAH Date : 23.08.2019

Signature de l'adhérent(e) :

Accueil Siege, RUE ALLAL BEN ABDELLAH

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
23.06.19	C		610,00	INP : 1511938462
11.05.19	EXAMEN		600,00	DR. B. SAMI

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																		
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 PROTHESSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	<hr/>																	
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXECUTION																		



Médecine esthétique – Cosmétologie – Lasers

Maladies et chirurgies de la peau, cheveux et ongles

Maladies sexuellement transmissibles – Allergies – Brûlures

Diplôme de dermatologie esthétique, cosmétologie et lasers – Besançon

Diplôme de dermatologie pédiatrique – Montpellier

Diplôme de dermatologie et maladies du système – Paris

طب التجميل والعلاج بالليزر

أمراض و جراحة الجلد و الشعر والأظافر

الامراض المتنقلة جنسيا – الحساسية – الحروق

دبلوم طب التجميل والعلاج بالليزر- بيزنطون

دبلوم الأمراض الجلدية عند الأطفال – مونبولي

دبلوم الأمراض الجلدية والباطنية – باريس

Casablanca le : الدار البيضاء، في :

23/08/2019

Mr TOUFALLA Mohamed

18,90

ASCABIOL LOTION

a appliquer sur le corps pdt 24h

a renouveler 3j de suite

LIPIKAR BAUME AP+

1 application par jour

DIPROLENE POMMADE

1 application par jour

ENVIROSCAB DE CODEXIAL

pour les habits pdt 8h

Pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL ARAKKI
Ad. Abdellatif Ben Kaddour
Tél. 0522 36 55 77 - 06 41 47 09 15

Dr. Ouafe BENHIBA
Dermatologue Vénérologue
Angle Bd TanTan et avenue Dr Sijilmassi [ex. Bd du phare], résidence Sami,
1er étage, Appt 3 , Bourgogne – Casablanca
Tél: 05 22 36 55 77 / 06 41 47 09 15 - E-mail : drbenhiba@gmail.com

Angle Bd TanTan et avenue Dr Sijilmassi [ex. Bd du phare], résidence Sami,
1er étage, Appt 3 , Bourgogne – Casablanca

Tél: 05 22 36 55 77 / 06 41 47 09 15 - E-mail : drbenhiba@gmail.com

راوية شارع طاطنан و شارع الدكتور سجلمامسي (شارع المغارب سابقا)، اقامة سامي، الطابق الاول، شقة 3، بوركون - الدار البيضاء

الهاتف : 06 41 47 09 15 / 05 22 36 55 77 - البريد الالكتروني : drbenhiba@gmail.com



Médecine esthétique - Cosmétologie - Lasers

Maladies et chirurgies de la peau, cheveux et ongles

Maladies sexuellement transmissibles - Allergies - Brûlures

Diplôme de dermatologie esthétique, cosmétologie et lasers - Besançon

Diplôme de dermatologie pédiatrique - Montpellier

Diplôme de dermatologie et maladies du système - Paris

طب التجميل و العلاج بالليزر

أمراض و جراحة الجلد و الشعر والاظافر

الامراض المتنقلة جنسيا - الحساسية - الدروق

دبلوم طب التجميل و العلاج بالليزر - بيزنطون

دبلوم الأمراض الجلدية عند الأطفال - مونبولي

دبلوم الأمراض الجلدية والباطنية - باريس

Casablanca le :

الدار البيضاء في :

11/09/2019

Mr TOUFALLA Mohamed**Note d'honoraire**

Actes	Montant
Electrocoagulation des verrues	600,00
Total :	600,00

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de :

SIX CENTS DIRHAMS

Dr. Ouafae BENHIBA
 Dermatologue - Vénérologue
 Angle Bd Tantant et Avenue Dr Sijilmassi
 1er étage, Appt 3 , Bourgogne - Casablanca
 Tél: 05 22 36 55 77 / GSM: 06 41 47 09 15

Angle Bd Tantant et avenue Dr Sijilmassi [ex. Bd du phare], résidence Sami,
 1er étage, Appt 3 , Bourgogne - Casablanca

Tél: 05 22 36 55 77 / GSM: 06 41 47 09 15 - E-mail : drbenhiba@gmail.com

زاوية شارع طاطن و شارع الدكتور سليمانى (شارع المغاربة سابقا)، اقامة سامي، الطابق الاول، شقة 3، بورگون - الدار البيضاء

الهاتف : 06 41 47 09 15 / 05 22 36 55 77

drbenhiba@gmail.com - البريد الإلكتروني : 06 41 47 09 15 - البريد الإلكتروني : drbenhiba@gmail.com