

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

adie 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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014447

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

23935

Matricule : 2051 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENNIS Fakir Date de naissance : 22 oct 1953

Adresse : 29 Rue Allal Ben Abdellah - quartier de l'Horloge - Casablanca 20000

Tél. : 01.17.29.62 Total des frais engagés : 689.80 - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/02/2020

Nom et prénom du malade : Nelly BENNIS NOFISSEIL

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Nelly NOFISSEIL

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 : 01.02.20 Le : 27.02.20

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
19 FEV 2020	C		300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/2/2020	389,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	G			B			
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
G																	
B																	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	G			B			
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
G																	
B																	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	DATE DU DEVIS															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	G			B			
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
G																	
B																	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	DATE DE L'EXECUTION															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	G			B			
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
G																	
B																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Maitre ès Sciences Médicales
Ancien Chef de Clinique, Assistant des
Hôpitaux au C.H.U. de GRENOBLE

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Microchirurgie et Chirurgie de la main (LYON)

C.E.S Réparation Juridique du Dommage

Corporal (GRENOBLE)



أستاذ في العلوم الطبية
رئيس عيادة وأستاذ مساعد (سابقا)
بالمراكز الصحي الجامعي بكرهونبل

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

الجراحة المجهريّة و جراحة اليد

تقويم الأضمار الحسديّة

19 FEB. 2020

Casablanca, le

Najla BENNIS NOUFISSA

150,00 x 2 = 300,00

Cetetorex 200 S.V.

1 gélule mat el 1/2

29,30 Newplex et chauff S.V.

1 A/P mal el 1/2

10,00 Andol 500 S.V.

1 gélule el 1/2

389,80



New Care AG, CH-4452 Itingen
EU Office: Kreillerstr. 65, 81673 Muenchen / Germany



7 640127 792018

09/22

LOT 181009 **ISOPHARM**
MFD 10/18 Newflex Chantant
79.80DH

CELEBREX 200 MG
Boite de 20 gélules
Lot : 1280010
Date Fab: 08 / 2019 Date Exp: 07 / 2022
PPV : 150,00 DH

CELEBREX 200 MG
Boite de 20 gélules
Lot : 1280010
Date Fab: 08 / 2019 Date Exp: 07 / 2022
PPV : 150,00 DH

LOT : 190435
UT AV: 03 / 2022
PPV : 10,00 DH

UT.AV. : LOT N° : PPV (DH) :



ANDOL 500 mg
20 Comprimés



6 118000 08246