

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## diologie 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.

## tique :

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.

## entaire :

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.

## aladie 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

Reclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Déclaration de Maladie

Nº P19- 052398

ND. 48942

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 5229

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOKRANE Abderrahim

Date de naissance : 1962-06-30

Adresse : Habituelle

Tél. : 0603055645

Total des frais engagés :

959,20

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ESSAFI MARIAM

Age : 67

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Docteur Abderrahim

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 : 26.11.2020

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
11 SEP 2020	Or		3000 DT	 Docteur Mohamed Ben Yakkoub des Malades de la Peau 17 Bd. Rahlia 1000 102211 - Tunis - Tunisie

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/09/20	659,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr Mohamed BENNANI

Diplômé de Besançon - France  
 Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif  
 (Foie - Estomac - Intestins)  
 Fibroscopie Digestive  
 Diplômé d'Échographie de Strasbourg  
 Attestation de Proctologie de Paris  
 (Hémorroïdes - Fissures - Fistules Anales)  
 Ancien Attaché des Hôpitaux de France  
 Membre de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie SNFGE  
 Membre de la Société Française d'Endoscopie Digestive SFED  
 Membre de la Société Européenne d'Endoscopie Digestive ESGE  
 Membre de la Société Nationale Française de Colo-proctologie SNFCP

# الدكتور محمد بناني

كلية الطب ببوزنسون فرنسا

از الهضمي - التقطير الداخلي

أشعة مأ فوق الصوتية

32,80

بكلية انصب

حاائز على شهادة أمراض البواسير بباريس

ملحق سابقًا بمستشفيات فرنسا

عضو في الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي

عضو في الجمعية الفرنسية للتقطير الباطني

عضو في الجمعية الأوروبية للتقطير الباطني

عضو في الجمعية الوطنية الفرنسية لطب المستقيم

