

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.

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.

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

Réclamation : 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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-576799

54701

Optique Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8365 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Fria ABDELLAH

Date de naissance : 04-01-1964

Adresse : VILLA 125 - RUE 13 - Bd OUD ERRADII

OUICFA - CASABLANCA

Tél. : 0661233376 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Soi-même Conjoint Enfant

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 : CASABLANCA Le : 27/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

8

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES						
des des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes		
19/01/2010	CS		250.00	INP : 09/01/2010 K1606		
EXECUTION DES ORDONNANCES						
Prénom et Nom du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture				
S. CHAHLAKI Pharamacie DOCELET Oued Sfouf - 0015414053 Tél. / Fax : 0015414053280	20/01/2010	217.45				
ANALYSES / RADIOPHARIES						
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires			
		100.00				
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PQ	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 de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="text"/>															
			COEFFICIENT DES TRAVAUX															
			MONTANTS DES SOINS															
			DEBUT D'EXECUTION															
			FIN D'EXECUTION															
			O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <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>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
						H	25533412	21433552										
						D	00000000	00000000										
						G	00000000	00000000										
						B	35533411	11433553										
MONTANTS DES SOINS																		
DATE DU DEVIS																		
DATE DE L'EXECUTION																		

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

Casablanca, le



الدكتور وديع بناني

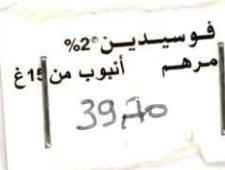
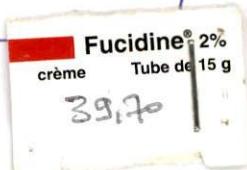
إخلاصي في أمراض الأطفال والرضع
والطب الشهي

خريج كلية الطب بتور - فونشافل

طبيب الأطفال سابقًا بمستشفيات فيينا
أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

بالموعد

JR / DR. OUADIE BENNANI
Pédiatre Homeopathe
159 Bd Bourgogne Casablanca
Télé: 05 22 43.04.73 / GSM: 06 61 42.44.46



39.70x2

① FUCIDINE 39.70 DH

138.00

① BACTOSPRAY 138.00

217.143

Dr. Ouadie BENNANI
Pédiatre
Homeopathe
159 Bd Bourgogne Appt N° 26, Résid. Shwan
Casablanca - Tél.: 05 22 43.04.73
GSM: 06 61 42.44.46

PHARMACIE AL OUARD
S. CHALAK Hay Nassar
Docteur en Pharmacie
55 Av. Oued Sbibbi - El Oulemia
Tel / Fax: 05 22 90 53 45
CASABLANCA
001541468000057

BACTOSPRAY
LOT: 191216A
EXP: 01/2023
PPC: 138.00DH