

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.

Pathologie 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 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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19-
55103 059749

Optique

Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5628 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Biblat MUSTAPHA

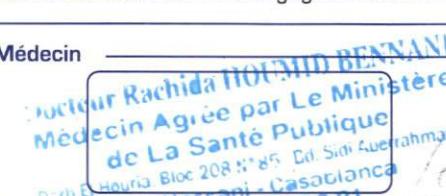
Date de naissance : 01.02.1951

Adresse : Dr Houzia Rue 208 N° 24 Hay HASSANI - CASABLANCA

Tél. 06.72.71.59.36 Total des frais engagés : 100.30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/01/2021

Nom et prénom du malade : Biblat MUSTAPHA

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA HBP

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Demandeur du Service et du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
Demandeur du Service et du Fourmeleur NP : 92044569	08/01/21	1881,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Rachida Houmid Bennani

Doctorat d'Etat en Médecine

Diplômée en Médecine du Sport (France)

Echographie- Electro Cardiogramme

Nutrition - Diététique Sportive

Maladies Métaboliques - Obésité - Diadète

Gynécologie Médicale - Examen Prénuptial

Suivi de Grossesse



الدكتورة رشيدة حوميد بناني

دكتوراه الدولة في الطب

حاصلة على شهادة الطلب الرياضي بفرنسا

الفحص بالصدري - تخطيط القلب

الحمية

التمددية الرياضية

أمراض الأذن - المسنة - مرض السكري

الطب النسائي - فحص ما قبل الزواج

مراقبة الحمل

RACHIDAH HOUIMID

Casablanca, le

8.01.24

208,00

208,00

208,00

208,00

208,00

PPV 22DH40
EXP 06/2022
LOT 9D012 2

PPV 22DH40
EXP 08/2022
LOT 9D012 6

PPV: 159DH30



PPV: 159DH30



PPV: 159DH30



PPV: 159DH30



Docteur Rachida HOUIMID BENNA
Médecin Agrée par Le Ministère de la Santé Publique
Dor El Houria Elle 208 N° 85 El Sidi
Hay Hassani - Casablanca
Tél : 0522 90 23 81



Boulevard Sidi Abderrahmane Dor El Houria, Bloc 208 - N° 85 Hay Hassani - Casablanca
الحرية بلوك 208 رقم 85، الحي الحسني - الدار البيضاء - المغرب

E-mail : bennanihoumid.rachida@gmail.com