

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

N° W21-778769

AS6099

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule :	M 869	Société :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ZAKIA BENKIRANE		
Date de naissance :	17/09/1977	
Adresse : 32 CNA, Rue d'Ivry, 4ème étage A Belvédère Casablanca		
Tél. :	0626104669	Total des frais engagés : 4510,60 Dhs
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :	Docteur Azeddine BENKIRANE Praticien 36, Rue Lalla... Casablanca Tél : 05 22 31 51 23 / 44 38 64	
Date de consultation :	10/09/2019	
Nom et prénom du malade :	MOHAMED KHTARI DOUAR Age: 15	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
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 : _____ Le : _____ / _____ / _____ 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
31/03/23	94	250,00		INP : 0941083107 Dr. Azzeddine BB 36 Rue Lille Casablanca 31 3123/44 38 64

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formicisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZEIN AL KARIM Mme SEOAT Zein 9, Rue de Lille Casablanca Tél 05 22 44 37 87 Fax 05 22 44 37 88	31/03/2023	260,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
H	35533411	11433553
D		
B		



Lot:
À consommer
avant le:
220999
12/2025
PPC: 79,50 DH



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
Uniquement sur ordonnance
Ant emploie

PPU: 06/24
LOT: 649764
PU: 149,00 DH
SOUFRANE 2PCENT
Solution pour pulvérisation nasale
6 118000 180463

INET MEDICAL PEDIATRIQUE

ENKIRANE
S de pédiatrie.
Enfants-Nourrissons
Asthme- tests Cutanés
Ancien assistant des Hôpitaux de PARIS

الدكتور عز الدين بنكيران

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضيع

حساسية التنفس والضيق

أستاذ مساعد سابق بمستشفيات باريس

31/3/23

OKHTARi Douna

149.0°

1) Cawutin Mg 500ml

1 seul

x3 fois

x6J

14.80

2) dolipen 500cc/effet

1 qd 1h veud' eau

x3 fois

16.30

3) Aspirine 500mg

x3J

79.50
960.60

1 gte

Doktor Azeddine BENKIRANE
36, Rue Ville Casablanca
Tél: 05 22 31 123 / 44 38 64

إقامة الكتبية: زاوية إميل نولا - بنقة ليل

رقم 36 لطريق المؤمن رقم 22 جانب البنك الشعبي

الهاتف العلامة: 0522 31 51 23 / 44 38 64 - الدار البيضاء