

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

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

Déclaration de Maladie

N° W21-723911

MS460

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 18668			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Société : RAM
Nom & Prénom : BOUCHOURI OUSSAMA			
Date de naissance : 19/12/1985			
Adresse : 09 H9, Résidence cours de la vie, ville verte			
Tél. : 06 15 09 79 70 Total des frais engagés : 813,4 DHS			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	8/04/2023
Nom et prénom du malade :	BOUCHOURI OUMA
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	consultation Vaccin
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous brouillon 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, 17/04/2023

Le : 17/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

BOUCHOURI

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
2/04/2023	2	2	2500	INP : 00173-08400010 INPE : 091173559 Signature : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

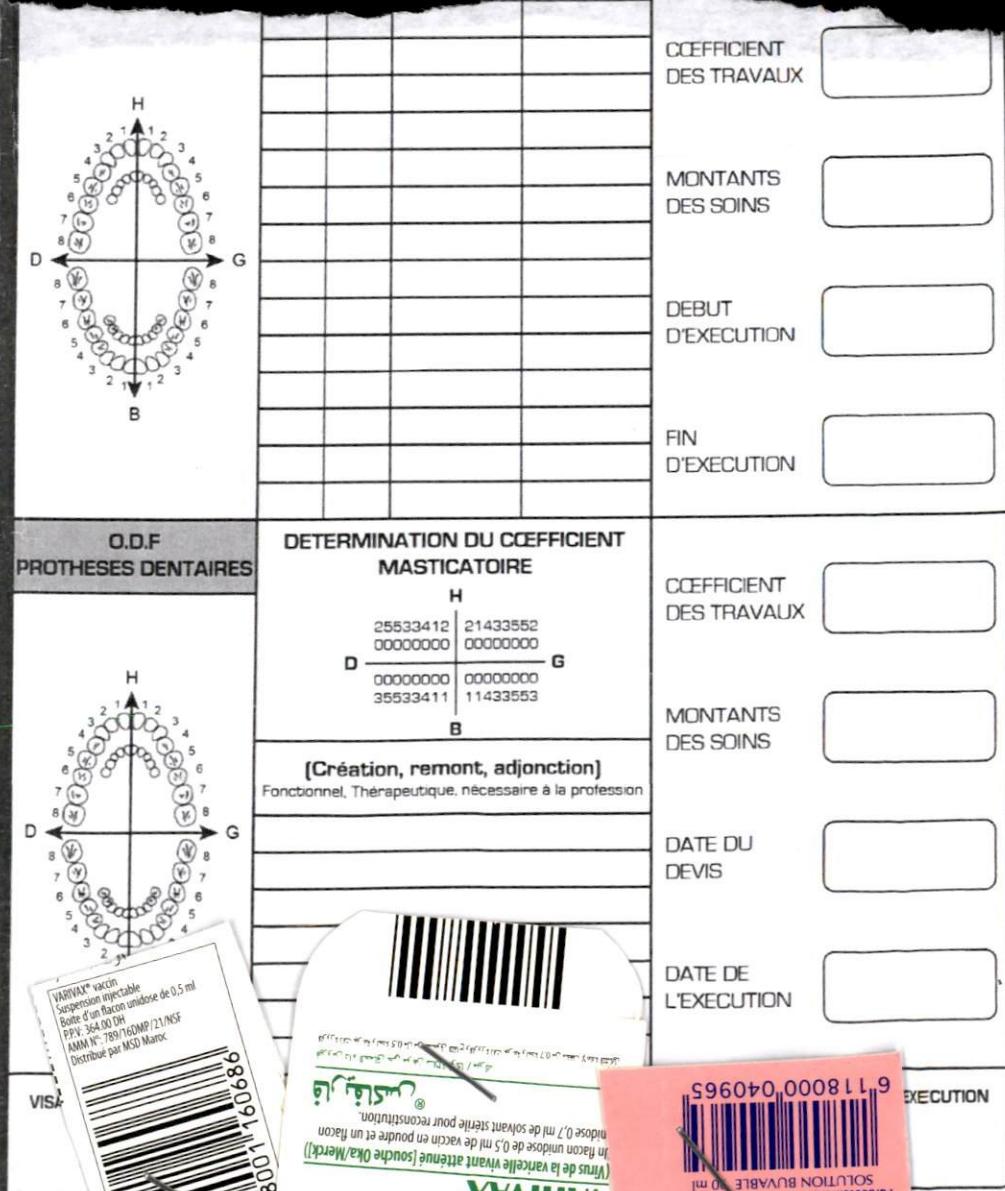
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



Dr. Salma BENKIRANE

**Pédiatre - Allergologue
Homéopathe
Ancienne interne
du CHU Ibn Rochd**

Casablanca, le : 08/04/2023 الدار البيضاء في :

BOUCHOUM YANIS

1) ALUMINA -T/5 CH

10 granules le 2 eme jour

2) ARNICA MONTANA -T/9 CH

10 granules le 1 er jour

3) dolipediatrique

1 ddp(21) 4 fois par jour pdt 2 jours si fievre sup a 38

4) HAVRIX

5) THUYA OCCIDENTALI -T/15 CH

10 granules le 1er jour

6) varivax

372, Lotissement Al Mostakbal, GH42, RDC, App.1, Sidi Maârouf, Casablanca
Tél.: 05 22 78 01 57 - Tél: 06 80 12 22 20 • E-mail : drsalmbenkirane@gmail.com
Patente : 36119778 • INPE : 091173559 • ICE : 001737284000010



GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 186,90 DH
ID: 648866
Barcode
Serial No: 118001 140619

HAVRIX 720 U/0,5 ml
NOURRISSONS ET ENFANTS
Une seringue préempie

Pharmacie MORJANI
CAJJA 18-A.FLAU
Mme HUAJ NADIA K. BELHAJ SOULAM
bd 50, 16 lot Communal Sidi Maârouf
Tél : 05 22 680000039
ICE : 001737284000010
INP : 091173559

Dr. Salma BENKIRANE
Pédiatre
* Allergologue Homéopathe
INPE : 091173559
00173728400010

Dr. Salma BENKIRANE
Pédiatre
* Allergologue Homéopathe
INPE : 091173559
00173728400010

Doli®
Pédiatrique
Paracétamol

PPV 17 DH 50
PER 12/25
LOT L4011

17,50

