

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-787128



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 18702

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Hajan TSILLEK

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662 78 10 86

Total des frais engagés : 377,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/06/2023

Nom et prénom du malade : AKAONICH Daya. Age: 5ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

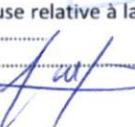
Nature de la maladie : Ongles

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

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 25/06/2023

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

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
25/10/2023	8	2	2000	INP : 031173669
				CE : 37284000410
				Signature HOMME 09117369
				INP : 031173669

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Docteur H. Lot. Annas 5 Bouskoura	25/05/23	127,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

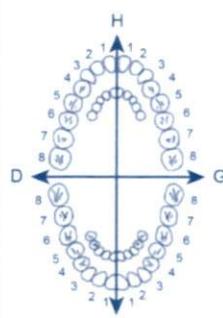
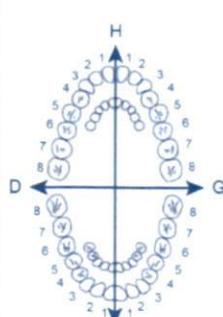
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
D	35533411	00000000	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
G	B			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

Dr. Salma BENKIRANE

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

دكتورة سلمى بنكيران

**اختصاصية في أمراض الطفل و الرضع
والحساسية و مرض الربو
المعالجة الأميوبياتية
طبيبة داخلية سابقة في مستشفى ابن رشد**

Casablanca, le : 25/05/2023 الدار البيضاء في :

AKHANNICH IDYA

1) FERRUM PHOSPHORIC -T/9 CH

3 GRANULES 4 FOIS PAR JOUR PDT 5 JOURS

2) PHYTOLACCA DECAND -T/9 CH

3 granules 4 fois par jour pendant 5 jours

3) BELLADONNA -T/9 CH

3 granules 6 fois par jours pendant 5 jours

4) EFFERALGAN Soluté

2 cac 4 fois par jours pendant 2 jours si fièvre

5) AUGMENTIN 100 mg /ml SIROP

1 dose de 22 kg 3 fois par jour pendant 7 jours

6) MERCURIUS SOLUBIL -T/9 CH

3 granules 4 fois par jour pendant 5 jours

7) DULCAMARA -T/9 CH

10 granules puis 3 granules 4 fois par jours PDT 5 JOURS

8) soufrane

1 pul matin et soir pdt 10jours

Pharmacie Victoria Parc
Docteur Sidi Maârouf SAMALI
Lot. Annabat 105 N° 105 Victoria city
Bouskoura 10100 Casablanca
Tél. 05 22 32 07 07

PPV : 18DH50

PPV : 18DH50

PPV : 18DH50

PPV : 18DH80

PPV : 18DH50

PPV : 18DH50

PPV : 18DH50

16,30

127,60



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 : drsalmabenkirane@gmail.com

Patente : 36119778 . INPE : 091173559 . ICE : 001737284000010