

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 canaux, 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 canaux.

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.

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° W21-787128

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12702 Société : RAN

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : Hajar NSELIEK

Date de naissance : 25/05/2023

Adresse : Casablanca

Tél. : 0662781086 Total des frais engagés : 377,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp]

Date de consultation : 25/05/2023

Nom et prénom du malade : Akhannouch Daya Age : Sans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ **Enfant**

Nature de la maladie : agn

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.

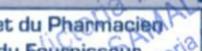
Fait à : Casablanca

Le : 25/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 25/05/23 | 127.60 |

[illegible]

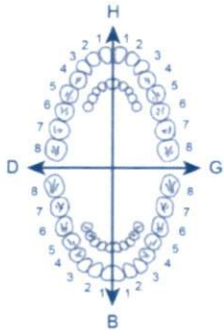
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | |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

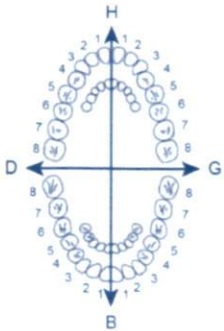
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, 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 | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | |
|--|---|---|--|--|
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> B 00000000 35533411 </div> | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Salma BENKIRANE

Pédiatre - Allergologue
Homéopathe
Ancienne interne
du CHU Ibn Rochd

دكتورة سلمى بنكيران

اختصاصية في أمراض الطفل و الرضع
و الحساسية و مرض الربو
المعالجة الأميوباتية
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

sy pour

T= 127,6°

PPV : 18DH50

PPV : 18DH50

PPV : 18DH50

PPV 18DH50

PPV : 18DH50

PPV : 18DH50

16,30