

## 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.

Nº W21-787130

MG  
CR

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12702		Société : RAN	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : Hajan TSFELLEK	
Nom & Prénom : Hajan TSFELLEK			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0662 78 10 86		Total des frais engagés 819,20 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	09/06/2023	Age:	Sans
Nom et prénom du malade :	Akfennich Adya		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Doux		
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.			

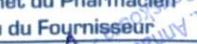
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
Fait à : Casablanca Le : 09/06/2023  
Signature de l'adhérent(e) :



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE DES HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Relève des Actes
06/07/2023	S	2	200.04	IN: 09177359 Salma B. Pediatre Néonatalogie Honoraire 09177359 09177280001 Signature : Salma B. Date : 09/07/2023 Médecin : Dr. Salma B. N° de Cédé : 09177359

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/05/2023	160,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13.5.23	coeff renal et Vésicale	1000

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																		
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																		
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;"></td> <td style="border-top: none; text-align: center;">D</td> <td style="border-top: none; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: none;"></td> <td style="border-bottom: none; text-align: center;">00000000</td> <td style="border-bottom: none; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: none;"></td> <td style="border-bottom: none; text-align: center;">35533411</td> <td style="border-bottom: none; text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: none;"></td> <td style="border-bottom: none; text-align: center;">B</td> <td style="border-bottom: none;"></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000		D	G		00000000	00000000		35533411	11433553		B		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
	D	G																				
	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
	B																					
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																		
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		

**Dr. Salma BENKIRANE**

Pédiatre - Allergologue  
Homéopathe  
Ancienne interne  
du CHU Ibn Rochd

**دكتورة سلمى بنكيران**

اختصاصية في امراض الطفل والرضع  
والحساسية و مرض الربو  
المعالجة الأميوبراتية  
طبيبة داخلية سابقة في مستشفى ابن رشد

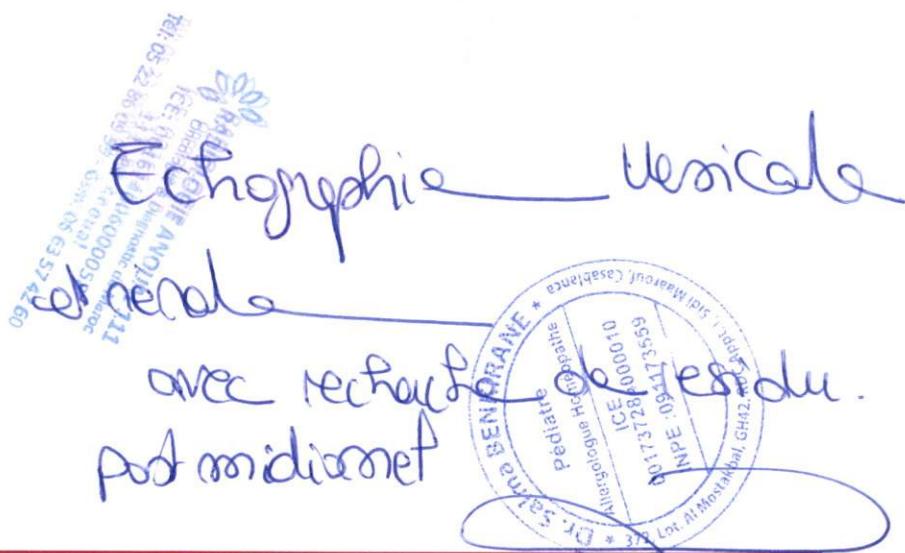
Casablanca, le : 3 ps. 2023 الدار البيضاء في :

Akhandaich asya

Af: cas flus

Suspicion d'instabilité

Médicale



372, Lottissement 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

M U P R A S

N° Admission : 23004124      N° Facture : 23004025 Date facturati 13/05/2023

Nom et prénom du patient : Enf AKHANNICH IDYA

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
ECHO RENALE ET VESICALE	1.00	400.00	400.00
		Sous-Total	<b>400.00 DH</b>

arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cents dirhams

**Total : 400.00DH**

Adhérent :	Part organisme :	0.00 DH
Mle :	Part patient :	400.00 DH
PC N° :		



**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 الأميو باتية  
طبيبة داخلية سابقة في مستشفى ابن رشد**

Casablanca, le : .....

09/05/2023

الدار البيضاء في :

**AKHANNICH IDYA**

**1 ) bactospray addax**

1 pulv 2 fois par jour sur les boutons

**2 ) PACTOL STOP WAIT**

1 cam le soir pdt 1 mois

**3 ) FUCIDINE 2% pommad**

1 application 3 fois par jour pendant 7 jours

**4 ) APIS MELLIFICA -T/15 CH**

3 granules 6 fois par jours pendant 5 jours

**5 ) CANTHARIS -T/9 CH**

3 granules 6 fois par jour pdt 5 jours

**6 ) MEZEREUM -T/9 CH**

3 granules 6 fois par jour pdt 5 jours

**7 ) HISTAMINUM -T/15 CH**

3 GRANULES MATIN ET SOIR PDT 1 MOIS

**8 ) CALCAREA CARBONIC -T/15 CH**

3 granules par jours pendant 1 mois puis 10 granules par dimanche pendant 2 mois

**9 ) THUYA OCCIDENTALI -T/15 CH**

3 granules par jour pendant 3 mois

**10 ) CAUSTICUM -T/9 CH**

3 granules matin et soir pdt 1 mois

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

