

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.

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° W21-818843

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13188 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TOUMI BENJELLOUN HANZA / Joudia

Date de naissance : 06/05/1990 - 01/08/2021

Adresse : Lot Bouchara N° 67 Sidi Naouaf Casablanca

Tél. : 0645077768 Total des frais engagés : 414,80 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09 - 10 / 2023

Nom et prénom du malade : TOUMI BENJELLOUN HANZA / Joudia

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Epoux ☐ Enfant

Nature de la maladie : rhumatisme

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communier les renseignements confidentiels 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 09 / 10 / 2023



RELEVÉ 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
11/01/23	111	111	250,000	INF: 091162982

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/10/23	164.80

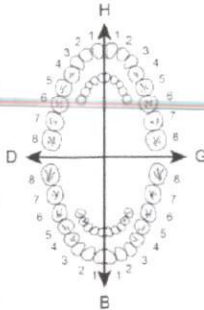
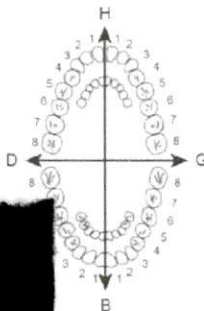
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
					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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>												
	<div>H</div> <table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td colspan="2"><hr/></td></tr><tr><td>D 00000000 G</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2"><div>B</div></td></tr></table>				25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D 00000000 G	00000000	35533411	11433553	<div>B</div>		MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	<hr/>																	
	D 00000000 G	00000000																
	35533411	11433553																
	<div>B</div>																	
	[Création, remont, adjonction]				DATE DU DEVIS	<input type="text"/>												
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
				DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الركنورة و. سمين

خريجة كلية الطب تور (فرنسا)

Docteur N. SMINA

Diplômée de la faculté de Médecine de Tours (France)

PÉDIATRE

- Maladies des enfants de la naissance à 16 ans
- Allergie Pédiatrique
- Asthme
- Nutrition et traitement de l'obésité de l'enfant

- إختصاصية في طب الأطفال من الولادة الى 16 سنة
- حساسية الطفل
- الربو
- علاج مشاكل التغذية والسمنة عند الطفل

Casablanca, le 09/10/23

Ant Benzellmu Touini Joudia

93.40

- ofilun 100 mg 1/1

- 4 kg x 2 2.5 l 1.6 mg 10 T

300 Betas kue 1/1

150 g 1/1 1 T 7 T - 1/1 avant repas

200 - Su pozichal 250

21.40 100 x 21 1/6 T

- Butamyl sy

1/2 cm - 100

164.80

تجزئة الخبر رقم 8 - سيدي معروف أولاد حدو - الدار البيضاء 20280 - الهاتف : 05 22 58 10 07

Lotissement EL Kheir N°8, Sidi Maârouf, Oulad Haddou - Casablanca 20280 - Tél.: 05 22 58 10 07

E-mail : n.smina@yahoo.fr

Bétastène 0,05%, solution
buvable, flacon de 30ml



6 118000 091806

BUTAMYL®

Salbutamol
Flacon de 150 ml

P.P.V. : 21.40 DH



6 118000 190189

OFIKEN 100 mg/5 ml
Poudre pour suspension buvable
Flacon de 60 ml



6 118000 022367

Supposédal Paracétamol®
Enfant, 12 suppositoires



6 118000 092360

LOT: 3188
PER : 03 - 25
P.P.V : 30 DH 00

20,00

93,40



**Soluté
buvable**

بوتاميل®
سلبوتامول

قنينة 150 ملل