

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° W21-726969



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>1K915</u>	Société : <u>LM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>Reukhm</u> <u>Hassan</u>
Nom & Prénom : <u>Reukhm Hassan</u>		Date de naissance : <u>18/6/12</u>	
Adresse : <u>Place Charles Nicolle</u>		Tél. : <u>05 22 20 45 45</u> Total des frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <u>ALLAI</u> Mohamed <u>Professeur de Pédiatrie</u> <u>Place Charles Nicolle</u> <u>05 22 20 45 45</u> </div>			
Date de consultation :	<u>15/11/23</u>	Age :	<u>21</u>
Nom et prénom du malade :		<u>Bendkhouz Zine</u>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :		<u>Syndrome fébrile</u>	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/11/23



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
5 NOV. 2023	✓ X 3		El. PIQUE SUI 300.00 El. PIQUE SUI 100.00 Dr. SOALLI Mohamed Professeur de Chades N° 1 06/11/2023 14.00 P.A.	INP : 09111311978 Dr. SOALLI Mohamed Professeur de Chades N° 1 06/11/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie CHAIX TAN HEDY TA 19, place Charles de Gaulle 2247 56 44 / 05 22 20 20 41</i>	<i>15/11/93</i>	<i>604,40</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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.

Dr. Mohamed SQALLI HOUSSAINI

Professeur de Pédiatrie

*Ancien Chef de Service de Réanimation Pédiatrique
et de Néonatalogie Hôpital d'Enfants C.H.U. Ibn Rochd*

Spécialiste des Maladies des Enfants et des Nourrissons

Pathologie Néonatale - Urgences Pédiatrique

Exploration et Traitement de l'Asthme de l'Enfant

*Membre de la Société Pédiatrique de Pneumologie
et d'Allergologie*

مقللي حسيني

ي طب الأطفال

حة إنعاش الأطفال

مستشفى ابن رشد

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Al sebââ Casablanca
MENACTRA 0,5 ML SOL

INJ 1FL PPV : 576.00 DH

5 118001 081981

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضيع
أمراض المولود الجديد المستعجلات الطبية
التشخيص و علاج مرض الخسقة عند الأطفال
عضو جمعية الأطفال المختصبة في الجهاز
التنفسى و الحساسية

Casablanca, le الدار البيضاء، في

15.11.2023

Enfant BENKIRANE Zineb

Age : 6 ans 3 mois

57600 1 VACCIN MENACTRA



98,40 2 APIRETIL SIROP (PARAC)(CONSER < 15)
Graduation à 20, 3 fois / jour, pendant 2 jours

3 UVEDOSE AMP BUV 100 000 UI

1 ampoule buvable ce jour , directement dans la bouche

4 BACTOSPRAY

1 pulvérisation 3 fois / jour, pendant 7 jours.

604,40

Pharmacie Charles Nicolle
HEDYA TAK-TAK
19, Place Charles Nicolle
Casablanca
Tél : 05 22 47 56 24 / 09 22 20 20 41

Dr. Mohamed SQALLI
Professeur de Pédiatrie
21, Place Charles Nicolle
Tél : 05 22 26 07 20 / 05 22 26 90 07

Résidence Pasteur : 21, Place Charle Nicols (Face Institut Pasteur) 1er étage - N° 3 - Casablanca

Tél. : 05 22 26 07 20 / 05 22 26 90 07 _ GSM : 06 61 14 98 84 - E-mail : azhoum@yahoo.fr