

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
M23-0023299

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

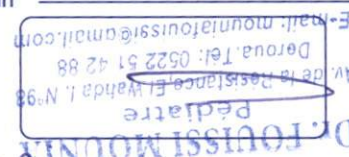
☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12639 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENIHOU NARANE A 89822
 Date de naissance : 19/07/1989
 Adresse : RESIDENCE PERLE DE NOUADOUR II
INN8 N19
 Tél. : 0663 40 59 07 Total des frais engagés : 1134,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/12/2023
 Nom et prénom du malade : Benihoud Yalout Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Bronchite + asthme RAS
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 08

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 : 20/12/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
11-12-23		Cs	200,00	Dr. FOUISSI MOUNIA Pédiatre Assistance El Wahda I. N° 93 Deroua. Tel: 0522 51 42 38 E-mail: mouniafouissi@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Ville Joyeuse Dr Hamilou Lina Perle Nouaceur Tranche 4 Imm 9 Rdc n°2, Casablanca. Tel: 0520 28 88 31 ICE: 002677277000055 INPE: 092111467	21/12/2023	934,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

Veillez 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																					
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																						
25533412	21433552																							
00000000	00000000																							
D		G																						
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
B																								
	(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

ID: 650646
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 175,00 DH
6 118001 141869

MOUNIA

atre

du CHU Ibn Rochd
é de Médecine et de
le Casablanca



ونية

فقال والرضع
ين رشد للأطفال

LOT: IC30802
PER: 06/2025
PPV: 75 DH 00

CTF

PPV: 70,60 DH
LOT: 650151
PER: 08/2024

PPV: 70,60 DH
LOT: 650151
PER: 08/2024

Le : 11/12/2023

Nom : L'enfant : BENIHOUD YACOUT

70,60 x 2

1) AUGMENTIN 100 mg /ml SIROP
1DDP X3/J PDT 8J SOIT 2 BOITES

98,90

2) ZECLAR SIROP
1DDP X2/J PDT 5J

175,00 x 3

3) SERETIDE 125uG
2B X2/J PDT 3 MOIS SOIT 3 BOITES

94,00

4) STERIMAR STOP ALLERGIE
2PUL X3/J PDT 6J

75,00

5) NAZAIR SPRAY
1 PUL / NARINE PDT 1 MOIS

6) ~~VIT D3 BON 200000UI~~
1 AMP / AN

934,10

S.V

S.V

ID: 650239
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 175,00 DH
6 118001 141869

NAZAIR® 50µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 100 doses
6 118001 101269

Pharmacie Dr. H. Deroua
Perle Méditerranéenne
Imm 9 Rue de la Casbah
Tél: 05 22 51 42 88

ZECLAR® 25 mg/ml
Boîte d'un Flacon de 100 mL
P.P.Y: 98,90 DH
6 118001 182862
Maphar
Km 10, route côtière 111
Q1 Zenata, Ain Sebaa, Casablanca, Maroc

شارع المقاومة، الوحدة 1 الرقم 98، الدروة

Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face)

Tel.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mounia