

## 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

- |                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| O Réclamation                      | contact@mupras.com   |
| O Prise en charge                  | pec@mupras.com       |
| O Adhésion et changement de statut | adhession@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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-524922

ND 33316

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>12079</b>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>FJER ADNANE MOHAMMED</b>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <b>066114028</b>	Total des frais engagés :	<b>1521,70 Dhs</b>	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <i>DR SALMA BEN JEDDOUN</i>			
Date de consultation : <b>21 Juil. 2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>Fjel Mohamed Gheli</b>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>consultation + vacin</b>			
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 : <b>CASAB</b>	Le : <b>15 JUIL 2020</b>	Signature de l'adhérent(e) : <i>[Signature]</i>	

### 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
21/04/2020	ca	doct		INP : 031173655 DR EN MA BEAUMAIS Signature : Alimogoue GUY EDC Signature A. Mostafa Tel: 5227501

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Mme SUAJ NADIA P. ARMAND CASA MORGAN</i> Bd 50/15 LOCARNO ISOLA Tel : 05 22 32 12 11	21/04/2020	1322,70

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

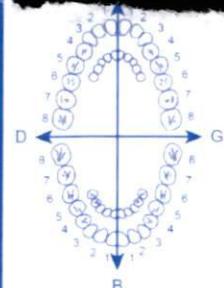
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

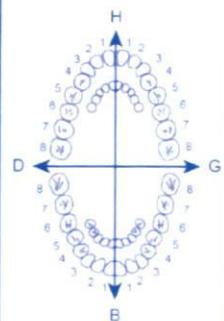
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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  
والحساسية و مرض الربو  
المعالجة الأميو芭اتية  
طبيبة داخلية سابقة في مستشفى ابن رشد**

Casablanca, le : 21/04/2022

Fjer Mohamed jahli

531,00

1) Hexaxim

AS

251,00

2) Syflonia.

AS

252,00

3) Rotentia.

AS

26,40

4) Ibera collyre : goutte a 4%

AS

37,20

5) Fucithalmic pomade

2,60

10pp a 21 J pdt

AS

6) Dolipone

800mg. 100g

1000mg a 41 J d'apres



PPV BDH 60  
PER 04/22  
LOT 1937

8,60

Dr. SALMA BENKIRANE  
Pédiatre - Allergologue  
3/2 Lotissement Al-Matkoos GH42  
khal, GH42, RDC, App.1, Si Maârouf, Casablanca

80 12 22 20 • E-mail : drsalmbenkirane@gmail.com

Patente : 3611977 • INPE : 091173559 • ICE : 001737284000010

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain seba Casablanca  
HEXAXIM 0.5ML 1F 2  
AIG SP  
P.P.V: 411,00 DH  
5 118001 082063

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 531,00 DH  
ID : 613276  
6 118001 142392

Use in reconstitution required  
mf as  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 252,00 DH  
ID : 644463R2  
6 118001 142323

Titulaire de l' AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
Fucithalmic® 0,1% gel ophtalmique  
Tube de 3 g  
AMM : 148  
DAMP : 21-NRQ  
PPV : 37 DH 20 6 118001 200818



Soyez prudent  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la  
notice

NIVEAU 1

TOBREX® 0.3 %

COLLYRE EN SOLUTION

6/ Thymal 5 CH

18.10 logements le 1<sup>e</sup> jour 15

SP

7/ Alumina 5 CH.

18.10 logements le 2<sup>nd</sup> jour

15 SP

8/ Acnica 5 CH

logements si douloureux.

15 SP

7321-70

DR. SALMA BENKIRANE  
طبيب اطفال و جنين  
Pediatre - Allergologue  
Dr. Salma Benkirane  
12 Avenue Al Mostakbal GH 40 ADC  
Casablanca - Maroc - Tel: 52275357

Pharmacie MORJANA  
CASA S.A.R.L.A.U  
Mme. HUAJ NADIA EL HAJ SOULAMI  
Bd 50, 15 Lot communal Sidi Maâkouf  
Tél : 05 22 32 19 31