

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-487389

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) **16105**

Matricule : **7900** Société : **R. A. M.**

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : **BENKIRANE D.iss**

Date de naissance : **20.04.1965**

Adresse : **LOT LA COLLINE 1 N° 77 SIDI MAAROUF CASABLANCA**

Tél. : **06.61.07.03.12** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **06/01/20**

Nom et prénom du malade : **BENKIRANE D.iss** Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ **Enfant**

Nature de la maladie : **MUPRAS**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie est d'origine confidentielle, 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 : **07/01/20**

Signature de l'adhérent(e) :

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
06.12.20		5	5	INP : 10911028220

INP: 109102820

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA COLLINE Pharmacie Fournisseur Parking CARREFOUR Sidi Marmoul (Ancien Makro) Bouanica - Tél.: 05 22 35 51 77 / 05 22 33 59 53 whatsapp: 06 62 12 38 18 50458 - Pat: 36103109 - IF: 50731792 - CNRS: 6003400 000483820000044 - Email: paracetamol2011@	06/01/20	290,30

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession</p>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Sanâa
BENKIRANE Ep. HAMZA

Ex. Résidente à l'Hopital
Ibn Rochd - Casa

PEDIATRE
Allergologie - Asthame



الدكتورة ابن كيران سناء

زوجة حمزة

مقيمة سابقا بمستشفى

ابن رشد بالدار البيضاء

اختصاصية في طب الأطفال

الحساسية - الضيقة

Casablanca, le... 06.01.20 في الدار البيضاء

R= 20:17h e 07AN

PHARMACIE DE LA COLLINE

Sit parking, CASABLANCA - Sidi Maarouf (Ancien Makro)

Casablanca - Tél.: 05 22 33 31 77 / 05 22 33 59 53

Maroc - 05 62 12 38 18

Site: 4475 - Parc 30103109 - IF: 50731792 - CNSS: 6063490

Site: 05 22 33 31 77 - Email: paracetamol2011@hotmail.fr

20 Zélon 50 y

192,20

2 y - 25 y

192,20

20 parafond 20 y y

58,40

3 y le parafond

58,40

20 Polivy 20 y 2 msa 35

23,90

20 VAPOVICK n'a

Consultation à domicile

235, bd Yacoub El Mansour, résid. AlAnful imm. A, 3^{ème} étage. appt. n°7
Casablanca - Tél.: 05 22 94 56 11 - Gsm: 06 64 46 42 76

① Deligne 50 y

15,80 2 y 2415

230,30



P.P.V. 1 5 0 1 8 0
P.E.R. 1 0 9 2 2
L.D.T. 1 2 0 8 6

Tel.: 05 22 93 95 11 - GSM: 06 64 46 42 76
Mme A. Appl. 7 3ème Etg. - Casablanca
235, Bd. Yacoub El Manssour, Res. Antel
Mlle F. G. - Asilme
R. G. 10

Dr. Sarah ELHARABIA - PHARMACIE

PHARMACIE DE LA COLLINE

Sur parking CARREFOUR Sidi Maarouf (Andal Makro)

Casablanca - Tél.: 05 22 33 81 77 / 05 22 33 59 53

whatsepp : 06 62 12 38 18

RC : 266958 - Pat : 36103109 - IF : 50731792 - CMCS : 6063490

ICE : 000483820000044 - Email : paracetamol2011@hotmail.fr