

# 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.

## Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

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

N° P19- 0047788

MD - 24841

✓

 Maladie Dentaire Optique Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12702

Société : RAM

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Hajja TSFELLEK

Date de naissance : 27/03/1987

Adresse :

Tél. : 0662781084 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/12/2010

Nom et prénom du malade : AKRICH

MUPRAS

SDYA  
18 MARS 2020

Age: 2 ans

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Rétinite atopique

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 : Casablanca

Le : 18/12/2010

Signature de l'adhérent(e) : Hajja

## **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
13/12/13	co	62	20000	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharm. Dr. J. SAMAL Lot. A. 05223201 Bous	18/12/19	304,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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

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  
و الحساسية و مرض الربو  
المعالجة الأميوبياتية  
طبيبة داخلية سابقة في مستشفى ابن رشد

Casablanca, le : 16/12/2019 الدار البيضاء في :

Akfennich Idya

18.50

4 Stremon nez bouché 1S  
1 pulv a & 1 J

18.50

21 Sticta pulmonaria SCH SP 1S  
35 a 4 1 J

18.50

Dulcamara SCH SP 1S  
35 a 4 1 J

18.50

Nux vomica SIV SP 1S  
35 a 4 1 J

18.50

Mercenius solubilio SII SP 1S  
35 a 4 1 J

18.50

Apis 16 CH 35 a 4 a 6 1 J SP 1S

372, Lottissement Al Mostakbal, GH42, RDC, App.1, Sid Maarouf, Casablanca  
Tél.: 05 22 78 01 57 - Tél: 06 80 12 22 20 • E-mail : drsalmbenkirane@gmail.com

Patente : 36119778 • INPE : 091173559 • ICE : 001737284000010

3/ Soufre : 1 pulv a 31 g pdt 7  
16.30 AS

4/ Thuya 18CH: dose ~~o~~ 10 ml toutes  
18.50 AS

\* Calcarea carbonica 15CH 18.50 SP AS  
18.50 dog Aonuts AS Ratio..

5/ pediatrid z sope

16.30 a 21 g pdt 7 jours.

EXP: 03/2023  
PPV: 18DH50  
.....

MEDICAMENT  
EXP: 03/2022  
PPV: 18DH50  
.....

EXP: 12/2023  
PPV: 18DH50  
.....

MED  
EXP: 02/2024  
PPV: 18DH50  
.....

EXP: 10/2023  
PPV: 18DH50  
.....

ESPAGNE  
EXP: 12/2023  
PPV: 18DH50  
.....

EXP: 02/2023  
PPV: 18DH50  
.....

ESPAGNE  
EXP: 03/2024  
PPV: 18DH50  
.....

EXP: 11/2022  
PPV: 18DH50  
.....

MEDICAMENT  
EXP: 01/2024  
PPV: 18DH50  
.....

EXP: 11/2023  
PPV: 18DH50  
.....

MEDICAMENT  
EXP: 11/2023  
PPV: 18DH50  
.....

fl de ferain

18.50 - Sulfur Sodatum 18CH : 10 ml/100ml Selsaline Sorel

18.50 - Natrium muriaticum 18CH : 10 ml/100ml Drayko

18.50 - pulsatilla 15CH : 10 ml/100ml soufre rouge

18.50 - Calcarea carbonica 15CH : 10 ml/100ml Molé 3ml

304.80