

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Prothétique :

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

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](http://www.mupras.com)

66828  
CA

**Déclaration de Maladie : № P19-0015723**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12935 Société : Royal air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Benkiran Hassan Date de naissance : 01/04/1985

Adresse :

187 31 Abdelloumou Benkiran Royal air Maroc 20000 Casablanca

Tél. :

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SQUALLI Mohamed  
Professeur de Pédiatrie  
21, Place Charles Nicolle  
Tél. 0522 26.07.20 / 26.90.07

Date de consultation : 06 MARS 2021

Nom et prénom du malade :

Benkiran Hassan

Age : 41 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Alfredien APL

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 :

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes                                     |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06 MARS 2021    | 11e              | 63                    | 300,00                          | Dr. S. A. L. L. I. Mohammed<br>Professeur de Pédiatrie<br>12 place Charles Nicolle<br>022-53-07-20 |

Handwritten address in blue ink:

HEDYA Pharmacie  
99, Place Charles de Gaulle  
56410 Hennebont  
Tél.: 05 22 47 56 44

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

A diagram showing a 10x10 grid of circles. The grid is centered at the origin (0,0). The horizontal axis is labeled 'D' on the left and 'G' on the right. The vertical axis is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The grid is filled with numbers representing coordinates: the center circle is (0,0), the top row is (1,0) through (9,0), the bottom row is (-1,0) through (-9,0), the left column is (0,-1) through (0,9), and the right column is (0,1) through (0,-9). The numbers are arranged such that the absolute value of the sum of the coordinates for each circle is constant, forming a diamond shape centered at the origin.

### **[Création, remont, adjonction]**

|  |   |  |  |          |          |  |
|--|---|--|--|----------|----------|--|
| <b>O.D.F</b><br><b>PROTHESES DENTAIRES</b>               | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT<br/>MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> <b>H</b><br/>           25533412<br/>           00000000<br/>           00000000<br/>           35533411         </td> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> <b>G</b><br/>           21433552<br/>           00000000<br/>           00000000<br/>           11433553         </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> <b>D</b> </td> <td style="text-align: center; vertical-align: top;"> <b>B</b> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | <b>H</b><br>25533412<br>00000000<br>00000000<br>35533411 | <b>G</b><br>21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553 | <b>D</b> | <b>B</b> | <b>Coefficient<br/>des travaux</b><br><br><br><b>Montants<br/>des soins</b><br><br><br><b>Date du<br/>devise</b><br><br><br><b>Date de<br/>l'exécution</b> |
| <b>H</b><br>25533412<br>00000000<br>00000000<br>35533411 | <b>G</b><br>21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553  |  |  |          |          |  |
| <b>D</b>   | <b>B</b>  |  |  |          |          |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur de Pédiatrie

أستاذ جامعي في طب الأطفال

Ancien Chef de Service de Réanimation Pédiatrique

رئيس سابق للمصلحة إنعاش الأطفال

de Néonatalogie Hôpital d'Enfants C.H.U. Ibn R

والمولود الجديد - مستشفى ابن رشد

Spécialiste des Maladies des Enfants et des Nourris

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضيع

Pathologie Néonatale - Urgences Pédiatriques

أمراض المولود الجديد المستعجلات الطبية

Exploration et traitement de l'Asthme de l'Enfant

تشخيص وعلاج مرض الضيق عند الأطفال

Membre de la Société Pédiatrique de Pneumologie

عضو جمعية الأطفال المختصة في الجهاز

et d'Allergologie

التنفسية والحساسية

Casablanca, le ..... الدار البيضاء، في

06.03.2021

Enfant BENKIRANE Radia

Age : 4 ans 10 mois

63,00  
X2 1 SOCLAV SIROP ENFANT (224 GRA)  
Graduation à 17, 3 fois / jour, pendant 7 jours

2 boites

181,00  
160,30 2 EUMOXOL SIROP ENF (125 ML)  
1 cuillère à café, 3 fois / jour, pendant 7 jours  
160,30 3 SOUFRANE SUSPENSION NASALE  
1 pulvérisation, 3 fois / jour, pendant 7 jours

63,00

160,30

Pharmacie Charles Nicolle  
HEDYA TAK - TAK  
98, Place Charles Nicolle  
Casablanca  
Tél.: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41

63 po

Dr. MOHAMED SQALLI HOUSSAINI  
Professeur de Pédiatrie  
Place Charles Nicolle - Casablanca  
05 22 26 07 20 / 05 22 26 90 07 - Fax : 05 22 29 78 67 - GSM: 06 61 14 98 84 - E-mail : azhoum@yahoo.fr