

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

N° W19-468416

71234

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11409		Société : PAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : TALI Q MICTHAM		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 09.11.70			
Adresse :			
Tél. : 0664304417 Total des frais engagés : 1271 + 250 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik Pédiatre Spécialiste 416, Anoual Capital Center Bd. Abdelloumen Angle Bd. Anoual Entrée 4 ^e Bur N° 9 - 1er Etage Cabinet : 06 59 93 11 11 Tel. : 05 22 86 15 32 - Fax : 05 22 86 15 32 - Urgence : 06 63 05 28 12 INPE : 09 02 000 04 5 - INPE : 09 02 3374			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : TALI Q DNA Yatek Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : SD pied noir bouche flétrie			
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 :	Signature de l'adhérent(e) : TAH		
Le 19 MAI 2021			

ACCUEIL

19 MAI 2021

MINORATION

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 34 21	8		280,00	INP : 09 10 23 37 7
				Dr Hanane Benkhadra Benabdellah Pédiatre Spécialiste
				416, Annuelle, Marocaine, Bd. Abdelmoumen Bd. Arabe, Entrée "A" Bât N° 9, 1er Etage Télé: 05 22 86 37 21, Cabinet: 05 59 93 11 11 Fax: 05 22 86 37 22, D.S. 05 63 05 28 12 S.N. 05 22 86 37 22, S.N.E. 09 10 23 37 4

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE MÉTIEUX Noureddine Docteur en Pharmacie 811, Bd. Abdelmoumen Casa Tél: 05 22 86 05 70	19/06/2021	421,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

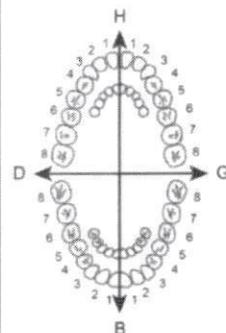
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

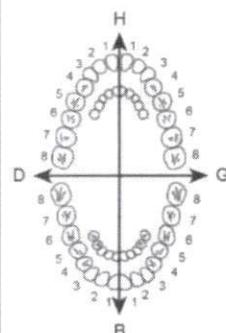
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik
pédiatre spécialiste

diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,



الدكتورة حنات بنخضرة بنعبد الرزاق
اختصاصية في أمراض الأطفال والرضيع
خريجة كلية الطب بلجيك (بلجيكا)

CASABLANCA, le 19.04.2021

Enfant TALIQ Dina Yacoute

Age : 5 ans 3 mois

Poids : 17,00 Kg



مصحة لميس
PHARMACIE MERIEUX
Noureddine Benabderrazik
Docteur en Pharmacie
311, Bd Abdellatif Casablanca
Tél.: 05 22 86 05 70

1 CICLOVIRAL SUSPENSION BUVABLE

Prendre 1 cuillère-mesure le matin, à midi et le soir, pendant 7 jours.

2 SERUM BICARBONATE 14

1 le matin et le soir, pendant 7 jours.

3 DAKTARIN 2 % gel bucc : T/40g

1 boite

1 application le matin et le soir, pendant 7 jours.

4 DOLIPRANE 300 mg suppos : B/10

1 boite

1 suppositoire toutes les 6h

5 PRIMALAN SIROP

Prendre 1 cuillère-mesure

6 SMECTA pdre p susp buv : 30Sach

1 sachet le matin, pendant 5 jours.

7 VERMOX SUSPENSION BUVABLE

2 boites

prendre 1 cuillère à refaire après

Anoual Capital center, Bd abdelmoumen angle Bd. Anoual e

8 VISCERALGINE SIROP

benkhadrahanan@gmail.com — Urgence :



Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik
pédiatre spécialiste

diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,



الدكتورة حنات بنخضراء بنعبد الرزاق
اختصاصية في أمراض الأطفال والرضيع
خريجة كلية الطب بلجيكـا (بلجيكا)

CASABLANCA, le 19.04.2021

Enfant TALIQ Dina Yacoute

Age : 5 ans 3 mois

Poids : 17,90 Kg

Prendre 1 cuillerée à café le matin et le soir, pendant 5 jours.

PPV
30DH00

9 PROSPAN SANS SUCRE sirop : Fl/100ml

30 ✓ 1 cuillère à café le matin et le soir, pendant 5 jours.

Dr Hanane BENKHADRA

171,40

PHARMACIE MERIEX
311, Bd. Abdelloumene 05
Docteur Hanane IBA
Télé: 05 22 86 37 27

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik
Pédiatre Spécialiste
4th Floor, Anoual Capital Center Bd N° 9 - 1^{er} Etage
Argue 80 Anoual Capital Center Ath Bureau N° 93 11 11
Tél: 05 22 86 37 27 Cabinet: 06 59 93 11 11
Fax: 05 22 86 15 32 Urgence 06 59 05 28 12
ICE: 002065641000045 - INPE 09 023374

Casablanca, le

416، أنوال كابطال سانتر شارع عبد المؤمن زاوية شارع أنوال المدخل A المكتب رقم 9 الطابق الأول - الهاتف : 05 22 86 37 27 - الفاكس : 05 22 86 15 32
416, Anoual Capital center, Bd abdelmoumen angle Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1^{er} étage - Tél : 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11

— benkhadrahanan@gmail.com — Urgence : 06.63.05.28.12 — المستعجلات : 06.63.05.28.12 — Fax : 05 22 86 15 32 —