

## 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.

N° W21-630586

CA

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>12305</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>EL MARDI OTMANE</u>			
Date de naissance : <u>16/06/83</u>			
Adresse : <u>CASA</u>			
Tél. : <u>0661 1186 13</u> Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2013

Cadre réservé au Médecin			
Dr. Salma BENKIRANE Pédiatre Allergologue Homeopathe INPE : 091173559 372, Lotissement Al Mostakbal, GH2, RDC Appt.1, Sidi Maârouf, Casablanca			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>1/06/2011</u>			
Nom et prénom du malade : <u>El mardi Sosso mal</u> Age : <u>11</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>coupldin vacin</u>			
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) : S

DR. SALMA BENKIRANE  
Pédiatre  
Allergologue sous Homeopathie  
INPE : 091173559  
372, Lotissement Al Mostakbal, GH2, RDC  
Appt.1, Sidi Maârouf, Casablanca

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-630586
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : _____	Total des frais engagés : _____
Nom de l'adhérent(e) : _____	Date de dépôt : _____

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>CASA SIDI MAAOUF</b> 15 Lycée Communautaire Sidi Maâouf BP 2232 19315 Sfax Tel. 2522321931 <i>Ammaouf</i>	1.06.2021	1166,50

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

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

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

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

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pédiatre - Allergologue

Homéopathe

Ancienne interne

du CHU Ibn Rochd

اختصاصية في أمراض الطفل والرضع  
والحساسية ومرض الربو  
المعالجة الأميو芭اتية  
طبيبة داخلية سابقة في مستشفى ابن رشد

Casablanca, le : 11/06/2021 الدار البيضاء في :

Mardi 11/06/2021

411,00 DH Hexaxim

18,50 DH Thuya 15 ml

18,50 DH Arnica 15 ml

18,50 DH Alumina 15 ml

3) Dolipron 500 ml

1/2 لتر

05/06/2021

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Min sebâa Casablanca  
HEXAXIM 0,5ML 1F 2  
AIG SP  
P.P V: 411,00 DH

5 118001 082063

MORJANA  
S.A.R.L.A.U  
Sidi Maârouf  
Tél : 05 22 32 19 31  
Mme A.SA S.A.R.L.A.U  
Boulevard Sidi Maârouf  
Tél : 05 22 32 19 31

Dr. Salma BENKIRANE  
Pédiatre  
Allergologue  
Homéopathe