

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12950			
Société : Royal air force			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : Beukirou Hassoun			
Nom & Prénom : 01/07/1985			
Date de naissance : 187 LA Abdelmoumen, Rte Neuve, Wolimi 20c Jel C Apt 1B			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin:			
Date de consultation : 26/08/2021			
Nom et prénom du malade : Beukiroue Radia Age: 51 fm			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affection digestive			
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
26/08/2011		03.	300,00	INP : 091B07B Dr. SQALLI Mohamed Professeur de Pédiatrie 21, Place Charles Nicolle tel 0522.26.07.20 / 06.90.07

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourrisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie CHANEF AEDYATAK - TAK 9, Place Charles Nicolle Casablanca 756 44 / 05 22 20 20 11	26/08/2021	128.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

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.

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

4. VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohamed SQALLI HOUSSAINI

Professeur de Pédiatrie

الدكتور محمد صقلي حسيني

أستاذ جامعي في طب الأطفال

**Ancien Chef de Service de Réanimation Pédiatrique
et de Néonatalogie Hôpital d'Enfants C.H.U. Ibn Rochd**

**رئيس سابق لمصلحة إنعاش الأطفال
والمواليد الجديد - مستشفى ابن رشد**

Spécialiste des Maladies des Enfants et des Nourrissons

**إخلاصي في أمراض الأطفال والرضيع
أمراض المولود الجديد المستعجلات الطبية
تشخيص وعلاج مرض الضيق عند الأطفال**

Pathologie Néonatale - Urgences Pédiatrique

**عضو جمعية الأطفال المختصبة في الجهاز
 التنفسى و الحساسية**

Exploration et Traitement de l'Asthme de l'Enfant

**Membre de la Société Pédiatrique de Pneumologie
et d'Allergologie**

Casablanca, le الدار البيضاء، في

26.08.2021

Enfant BENKIRANE Radia

Age : 5 ans 4 mois



VERMOX SUSPENSION BUVABLE
P.P.U. 230H10
SUSP BUV FL 30ML
PERMOX 20MG/ML O
Lot : 19E002
PER : 07/2024

1 VERMOX SUSPENSION BUVABLE

1 cuillère à café ce jour; la même cure

2 PERIDYS SIROP

Graduation à 18, 3 fois / jour, 15 min avant les repas
pendant 5 jours

3 NEOFORTAN COMP 40 MG)(6MG/KJ)(>3 M)

1 comprimé, 2 fois / jour, pendant 4 jours

4 APIRETIL SIROP (PARAC)(CONSER < 15)

Graduation à 17, 3 fois / jour, pendant 4 jours



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

Lot :
EXP :
PRV :



Résidence Pasteur : 21, Place Charles Nicolle (Face Institut Pasteur) 1er étage - N° 3 - Casablanca

Tél. : 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

28,40