

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 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

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° W21-650696

83016

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Royal Air Maroc

Matricule : 12450 Société : Royal Air Maroc

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : Pensionné Hession

Nom & Prénom : Benkirane Hassan

Date de naissance : 01/07/1987

Adresse : 18731 Abdelmajid, Residence ved. Li par. Ben C Apt 18

Tél. : _____ Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. SALLI Mohamed
Professeur de Pédiatrie
21, Place Charles Nicollz
Tél. 0522.26.07.20 / 38.40.07

Date de consultation : 19/07/2021

Nom et prénom du malade : Benkirane Hassane Age : 34 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Affection Respiratoire

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 : _____

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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
19/07/2021		13	200,00	INF : 0011316A8 Dr. Mohamed SOALILI Professeur de Pédiatrie Tél: 022-26 07 21

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Charles Nicolle HEDYA TAK - TAK 19, Place Charles Nicolle Casablanca 02 47 56 44 / 05 22 20 20 41	19/01/2024	203,10

[illegible]

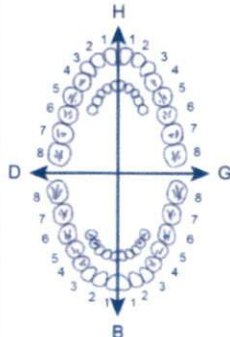
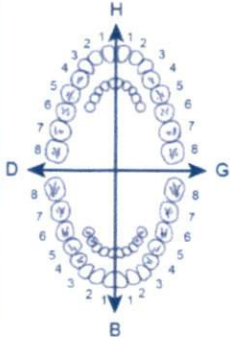
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, 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											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins	Durée de la séance	Février 2019	Mars 2019	Avril 2019	Mai 2019	Juin 2019	Total
Soins préventifs		16	17	18	19	20	90
Soins curatifs		10	11	12	13	14	60
Total		26	28	30	32	34	150

Coefficient

INP:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		
25533412	21433552	
00000000	00000000	
<hr/>		
00000000	00000000	G
35533411	11433553	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohamed SQALLI HOUSSAINI

Professeur de Pédiatrie

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

Spécialiste des Maladies des Enfants et des Nourrissons

Pathologie Néonatale - Urgences Pédiatrique

Exploration et Traitement de l'Asthme de l'Enfant

Membre de la Société Pédiatrique de Pneumologie
et d'Allergologie

Casablanca, le

19.07.2021

الدار البيضاء، في

Enfant **BENKIRANE Zineb**

Age : 3 ans 11 mois

- 28.90
x2
28.00
28.40
28.90
- 1 AMOXIL SIROP 250 MG (60 ML)
1 cuillère mesure, 3 fois / jour, pendant 7 jours (2 Flaçon)
 - 2 STODAL SIROP (NN)
1 cuillère à café, 3 fois / jour, pendant 7 jours
 - 3 APIRETIL SIROP (PARAC)(CONSER < 15)
Graduation à 15, 4 fois / jour, pendant 4 jours
 - 4 OTOSAN SPRAY NASAL BABY (> 1 MOIS)
1 pulvérisation dans chaque narine, 3 fois / jour

ت الموصوفة
PPV: 28.90 DH
LOT: 644525
PER: 01/2023

Lot: CIP: 3400931000679
Exp.: M0020209
02/2025



BOTTU SA
PPV : 28 DH 00



203.10

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

Dr. Mohamed SQALLI HOUSSAINI
Professeur de Pédiatrie
99, Place Charles Nicolle, Casablanca
Tél.: 05 22 26 07 20 - 06 61 14 98 84

Amoxil 250 mg/5 ml poudre pour suspension buvable
amoxicilline

..... cuillère(s) mesure(s) fois par jour à
prendre indifféremment avant, pendant ou après les
repas, pendant jours.

مقياس ملعقة.... أيام بغض النظر عن اتخاذ قبل أو أثناء أو بعد وجبات
الطعام لعدة.... أيام

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

بوصفات طبية فقط
احترام الجرعات الموصوفة

PPV: 28.90 DH
LOT: 605985
PER: 05/2022

OTOSAN®

Effet
Efecto
Absch
Effet d
Decon

ISOPHARM

OTOSAN NASAL BABY

88.90 DH

**NASAL
SPRAY**

Baby

OTOSAN®

NATURAL PRODUCTS FOR A BETTER LIFE