

# 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.

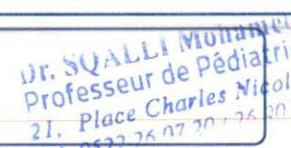


# Déclaration de Maladie

N° W21-650726

107478

|                                                           |                                       |                                  |                                 |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie               | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)                             |                                       |                                  |                                 |
| Matricule : 1295                                          | Société : Royal air Maroc             |                                  |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif                 | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : Benkirane Hassoun                          |                                       |                                  |                                 |
| Date de naissance : 01/07/1985                            |                                       |                                  |                                 |
| Adresse : 187 B2 Aldehouniyy, Boudjelloud Medif' park Ben |                                       |                                  |                                 |
| Tél. : 0661894590 Total des frais engagés : 350 Dhs       |                                       |                                  |                                 |

|                                     |                                                                                                                                                                   |                                   |                                   |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019 | Cadre réservé au Médecin                                                                                                                                          |                                   |                                   |
|                                     | Cachet du médecin :                                                            | Date de consultation : 26/07/2022 | Age : 4a7m                        |
|                                     | Nom et prénom du malade : BENKIRANE Firas                                                                                                                         | Lien de parenté : Lui-même        | <input type="checkbox"/> Conjoint |
|                                     | Nature de la maladie : syndrome fébrile                                                                                                                           |                                   | <input type="checkbox"/> Enfant   |
|                                     | 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) : 

## 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.

## 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                                             |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 07/02/1992      | C                 | 1                     | 309,00                          | INP : 091131078                                                                                            |
|                 |                   |                       |                                 | <del>Dr. ZULFIQAR NIUAMAH<br/>Professeur de Pédiatrie<br/>Place Charles Nicolle<br/>14057 CAEN Cedex</del> |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                            |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                            |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                 | Date     | Montant de la Facture |
|---------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| <i>EDYA<br/>05 22 47 56 44 / 05 22 2020<br/>, Plate char<br/>Ceballos</i> | 07/02/22 | 247,40                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | 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 l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|                                                                                                         |  |                  |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|----------|
|                     |  | N° DE LA DEMANDE |          |
|                                                                                                         |  | H                |          |
|                                                                                                         |  | 25533412         | 21433552 |
|                                                                                                         |  | 00000000         | 00000000 |
|                                                                                                         |  | D                | G        |
|                                                                                                         |  | 00000000         | 00000000 |
|                                                                                                         |  | 35533411         | 11433553 |
|                                                                                                         |  | B                |          |
| <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |  |                  |          |
| MONTANTS DES SOINS                                                                                      |  |                  |          |
| DATE DU DEVIS                                                                                           |  |                  |          |
| DATE DE L'EXÉCUTION                                                                                     |  |                  |          |

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 Pédiatriques  
Exploration et Traitement de l'Asthme de l'Enfant  
Membre de la Société Pédiatrique de Pneumologie  
et d'Allergologie

الدكتور محمد صقلی حسينی

أستاذ حامعي في طب الأطفال

رئيس سابق لمصلحة إنعاش الأطفال  
والمولود الجديد - مستشفى ابن رشد

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضيع  
أمراض المولود الجديد المستعجلات الطبية  
تشخيص و علاج مرض الضيقه عند الأطفال  
عضو جمعية الأطفال المختصة في الجهاز

## التنفسى و الحساسية

07.02.2022

الدار البيضاء، في : ..... Casablanca, le : ..... 01.02.2022

Enfant BENKIRANE Zineb

219.00



Age : 4 ans 6 mois

#### 1 VACCIN AVAXIM 80 U PÉDIATRIQUE (SANO)

#### 2 APIRETIL SIROP (PARAC) (CONSER < 15)

Graduation à 18, 3 fois / jour, pendant 2 jours

844.40

2840



Pharmacie Charles Nicolle  
HEDYA TAK-TAK  
19, Place Charles Nicolle  
Casablanca  
Tél.: 05 22 47 56 04 / 05 22 20 20 41

Pr. R. ALLI MONA  
Professeur de Pédiatrie  
Place Charles Nicolle, Casablanca  
tel.: 05 22 26 07 20 - 05 61 11 11