

# 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](http://www.mupras.com)

124163

## Déclaration de Maladie : N° S19-0001386

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 124163 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Benhousseine Héchdi Date de naissance : 14/06/1984

Adresse : 11ay Nessim Res les clermont 3ème B Appt 18

Tél. : 0662 79 50 78 Total des frais engagés : 451,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 121 JUIN 2022

Nom et prénom du malade : Benhousseine Joury Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affect ORL

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 : Casa

Le : 21 JUIN 2022

Signature de l'adhérent(e) :

### 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
12 1 JUIN 2022	CS		25000	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/06/22	201,20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

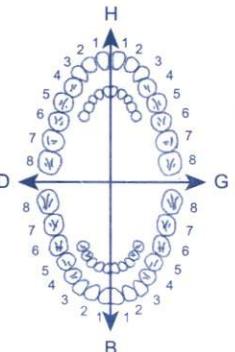
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

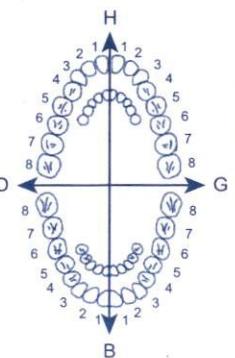
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### 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	
				Coefficient DES TRAVAUX 
				MONTANTS DES SOINS 
				DEBUT D'EXECUTION 
				FIN D'EXECUTION 
				Coefficient DES TRAVAUX 
				MONTANTS DES SOINS 
				DATE DU DEVIS 
				DATE DE L'EXECUTION 

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**



**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

**[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

## Spécialiste en pédiatrie

- Allergies et asthme de l'enfant
- Lauréate de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Diplômée en nutrition pédiatrique de Boston University School of Medicine, USA
- Diplômée en dermatologie pédiatrique de l'université de Nantes, France

21 juin 2022 الدار البيضاء في Casablanca, le

## Enf. BENNOUR Joury

Age : 7 ans 10 m 28 j

Poids : 28.9 kg

88,30

CO-AMOXICLAV SACHETS 500MG ENFANTS

1 sachet x 3/j, pendant 6 jours

40,00

NEOFORTAN 40 MG

1 cp x 4/j si douleurs abdominale

12,80

DOLOSTOP 300MG SACHETS

1s x3 /j

21,00

ALGANTIL SIROP

2 cam x 3/j

38,10

ULTRALEVURE SACHETS

1 sachet matin et soir, pendant 5 jours

T= 201,20

**CO-AMOXICLAV** SP®  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
500 mg/62,5 mg  
16 sachets

PPV: 88,30 DH  
LOT: 647367  
PER: 09/23

**NEOFORTAN® 40 mg** O  
10 comprimés effervescents

PPV: 400DH00  
EXH: 02/2025  
LOT: 10071 1

**Dolostop® 300mg** O  
Boîte de 12 sachets

PPV: 400DH00  
EXH: 02/2025  
LOT: 10071 1

**ALGANTIL® 2%** O  
Suspension pédiatrique 150 ml

PPV: 210DH00  
EXH: 02/2025  
LOT: 7822

**ULTRA-LEVURE 250 mg,** O  
10 sachets

PPV: 38.10 DH  
EXH: 09/24  
LOT: 310036

ABRUCIN  
ARAFAI  
Pharmacie  
Bakchane  
Casablanca  
39  
36  
35  
34  
33  
32  
31  
30  
29  
28  
27  
26  
25  
24  
23  
22  
21  
20  
19  
18  
17  
16  
15  
14  
13  
12  
11  
10  
9  
8  
7  
6  
5  
4  
3  
2  
1  
0