

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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



Déclaration de Maladie

N° W21-790498

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 19688 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUCHOU M DUSSAMA

Date de naissance : 19/11/1985

Adresse : Q4-HE, Residence cœur de ville, ville verte Boukoura

Tél. : 0615 09 79 70 Total des frais engagés : 500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 2/10/2023

Nom et prénom du malade : Bouchoum Boun

Age : 9

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Rhinophobie

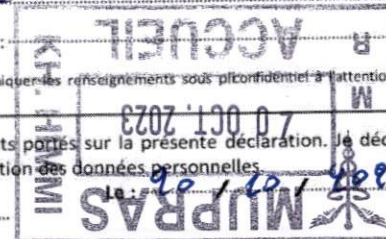
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :




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
01/10/23	8	2	252019	INF: 08113668

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/10/23	219,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

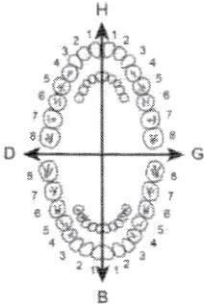
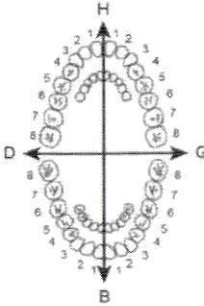
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INF : <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 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
				

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



دكتورة سلمى بنكيران

اختصاصية في أمراض الطفل و الرض
و الحساسية و مرض الربو
المعالجة الأميوباتية
طبيبة داخلية سابقة في مستشفى ابن رشد

Homéopath
Ancienne intern
du CHU Ibn Roch

Casablanca, le : 02/10/2023 : الدار البيضاء في :

BOUCHOUM ZAYN

1) MERCURIUS SOLUBIL -T/9 CH

3 granules 4 fois par jour pendant 5 jours

2) DROSERA -T/15 CH

10 granules le soir pdt 3 jours

3) RHUS TOXICODENDRON -T/9 CH

3 granules 4 fois par jours pdt 5 jours

4) BELLADONNA -T/9 CH

3 GRANULES 4 FOIS PAR JOUR pendant 5 jours

5) fitopolis sirop enfant

1 cac 3 fois par jour pEndant 7 jours

6) dolipediatrique

1 ddp(14) 4 fois par jour pdt 2 jours si fièvre sup a 38

7) nurodol sirop

1 dose de poids (14) 3 fois par jour pdt 2 jours

8) CLORACEF SIROP 250mg/5ML

1 DOSE DE 14 Kg 3 fois par jour pendant 7 jours

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
ENTERGERMINA 2 milliards du 5ml, -
Susp oral 10 to 11 5ml
P.P.V. : 60 DH00



Contenu net: 150 ml

Lot: 220510
A consommer
de préférence avant le: 05/2025
PPC: 79,50 DH

372, Lotissement Al Mostakbal, GH42, RDC, App.1, Sidi Maârouf, Casablanca
Tél.: 05 22 78 01 57 - Tél: 06 80 12 22 20 - E-mail : drsalmabenkirane@gmail.com
Patente : 36119778 . INPE : 091173559 . ICE : 001737284000010