

## **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'antécédent 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.



## Déclaration de Maladie

Nº W21-807937

7 A 86552

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>12079</u>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>FJER ADNANE mohammed</u>			
Date de naissance : <u>07/09/1979</u>			
Adresse :			
Tél. : <u>0661140208</u>		Total des frais engagés	
		<u>107590</u>	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation : <u>27/11/2023</u>	
Nom et prénom du malade : <u>Fayel Mohamed Ghali</u>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Rhumatisme</u>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous p/confidential 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.

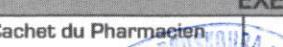
~~Le : 15/11/2018~~

**Signature de l'adhérent(**

### Signature de l'avis en date, à

Figure 1. A schematic diagram of the experimental setup for the measurement of the thermal conductivity of the samples.

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
27/11/2023	8	Ca	200.00	INP : 001173605 001173605
06/12/2023 autre			500.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/11/23	247,70
	06/12/2023	578,20

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

## VOLET ADHERENT

**Dr. Salma BENKIRANE**

**Pédiatre - Allergologue**  
**Homéopathe**  
**Ancienne interne**  
**du CHU Ibn Rochd**

**سمى بنكيران**

**اض الطفل و الرضع**  
**و مرض الريبو**  
**الأميوباتية**  
**في مستشفى ابن رشد**

Casablanca, le : 06/12/2023 **البيضاء في :**

Lot n°: 0881079A  
Péri: 04-2026  
Médicament autorisé  
N°: 132/19 DMP/21/NRQDNM  
P.P.V.: 45 DH 30

**FJER MOHAMED GHALI**

45,30

1) BUTOVENT AEROSOL

2 bouffée 3 fois par jour pdt 7 jours

119,10

2) risonel spray

1 PULV LE SOIR DANS CHAQUE NARINE PENDANT 1 MOIS

27,10 X2

3) ZYRTEC SIROP

1 CAM LE SOIR PENDANT 2 MOIS

18,50 X2

4) NUX VOMICA -T/9 CH

3 g matin et soir pdt2 mois

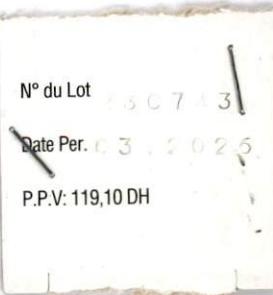
18,50 X2

5) POUMON HISTAMINE -T/15 CH

3 granules matin et soir ttt de 2mois

285,00

6) Chromothérapie d'Inhalation ou Lips Spray



**ZENITH Pharma**  
**PPC: 285,00 DH**

578,20

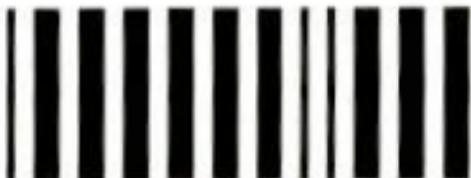


372, Lotissement Al Mostakbal, GH42, RDC, App.1, Sidi Maârouf, Casablanca

Tél.: 05 22 78 01 57 - Tél: 06 80 12 22 20 - E-mail : drsalmabenkirane@gmail.com

Patente : 36119778 . INPE : 091173559 . ICE : 00173284000010

27,40



23,40



**Dr. Salma BENKIRANE**

**Pédiatre - Allergologue**  
**Homéopathe**  
**Ancienne interne**  
**du CHU Ibn Rochd**

**دكتورة سلمى بنكيران**

**اختصاصية في أمراض الطفل و الرضع**  
**والحساسية و مرض الربو**  
**المعالجة الأميوبياتية**  
**طبيبة داخلية سابقة في مستشفى ابن رشد**

Casablanca, le : ..... 27/11/2023 ..... الدار البيضاء في :

**FJER MOHAMED GHALI**

1 ) **BUTOVENT AEROSOL**

1 bouffée 3 fois par jour pdt 3 jours

2 ) **ZYRTEC**

1 cam le soir pdt 15 jours

3 ) **DROSERA -T/15 CH**

10 granules le soir pdt 3 jours

4 ) **SAMBUCUS NIGRA -T/9 CH**

3 GRANULES 4 FOIS PAR JOUR PDT 5 JOURS

5 ) **BRYONIA -T/9 CH**

3 granules 4 fois par jour pendant 5 jours

6 ) **KALIUM BICHROMICUM -T/9 CH**

3 granules 4 fois par jour pdt 5 jours

7 ) **NUX VOMICA -T/9 CH**

3 granules 4 fois par jour pdt 5 jours puis 3 g matin et soir pdt 2 mois

8 ) **POUMON HISTAMINE -T/15 CH**

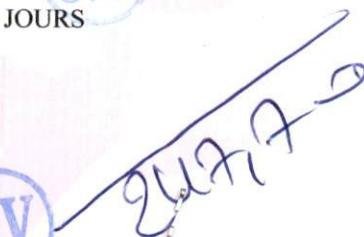
3 granules matin et soir ttt de 2mois

9 ) **fitopolis sirop enfant**

1 cac 3 fois par jour pendant 7 jours

10 ) **TOBREX COLLYRE**

1 goutte 4 fois par jour pendant 7 jours



11 ) FUCITHALMIC POM OPHTA  
1 APP MATIN ET SOIR pdt 7 jours



Contenu net: 150 ml

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



**Butovent®**  
0,04%

Salbutamol

21,90

27,40

27,40

