

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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)

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



## Déclaration de Maladie

N° W21-764929

188655

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 7838	Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : AMAROUCHE KHALID		
Date de naissance : 27/05/67		
Adresse : Rue GASCOGNE Kas EL MOLA LILLA - ETG 1 - APT 2 - QUARTIER DES HOPITAUX - CASABLANCA.		
Tél. : 0661691366	Total des frais engagés : 605,80 - Dhs	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
 Dr. BENKHADRA Hafsat Pédiatre 416, Bd. Abdelmoumen Aït A. B. Aït A. J. Rte. Anoual Capital Center et Etage Bureau N° 2 Tel. 0522 54 37 27 - Fax 11522 54 37 27 GSM 06 63 05 28 12 - Casablanca		
Date de consultation : .....		
Nom et prénom du malade : Aïcha ROYSETTE Aï		
Age: .....		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : .....		
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.		
 M 29 DEC. 2023 RE ACCUEIL 21		

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 : 05/01/2024

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
				INP : 0310245374
				Dr. BENKHADRA Hanan Pédiatre 416, B1: Abdelmoumen Ang. 2d. Arjoui El-Beïd Bureau N°

#### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيادلة متنزه الامان PHARMACIE JARDIN ISBAC Dr. EL MOSALAMI Rue de Ksar Résidence 3, 16135412 Tunisie	21/1/2023	605,80

## 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
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

### VOLET ADHERENT

## 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.

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

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### (Création, remont, adionction)

#### **Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVUE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**FERPLEX® FOL**

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-doses avec bouchon réservoir de poudre pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs

6 118001 440047

**FERPLEX® FOL**

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-doses avec bouchon réservoir de poudre pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs

6 118001 440047

**FERPLEX® FOL**

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-doses avec bouchon réservoir de poudre pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs

6 118001 440047

**FERPLEX® FOL**

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-doses avec bouchon réservoir de poudre pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs

6 118001 440047

**Cabinet**

de pédiatrie

le 21/11/2023.

AMAKHADRA Ali

gl,00 x 6

Ferplex Fol S.V

1 pose 15/11/2023

20,90 x 2

Vitamine D3 8.000

1 amp 1

T = 60,80

S.V  
min  
pot 2ml

Dr. BENKHADRA Hanane  
Pédiatre  
416, Bd. Abdelloumien Angle 2d. Anoual  
Rue Anoual Capital Center 1er Etage Bureau N° 8  
Tél: 05 22 37 52 27 - 05 22 37 52 28  
CS: 00 00 05 28 12 - Casablanca

Dr. BENKHADRA Hanane  
Pédiatre  
416, Bd. Abdelloumien Angle 2d. Anoual  
Rue Anoual Capital Center 1er Etage Bureau N° 8  
Tél: 05 22 37 52 27 - 05 22 37 52 28  
CS: 00 00 05 28 12 - Casablanca

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



PPV: 20,90 DH

Cas

ZENITH Pharma  
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR

PPV: 20,90 DH

نوع الأول - الهاتف : 05 22 37 27 - بالموعد.

416, Anoual Capital center, Bd abdelmoumen angle

benkhadrahanan@gmail.com