

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° S19-0048111

Maladie

Dentaire

Optique

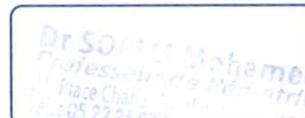
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12950 Société : Agence Agadir
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : Benkherouf Hassan Date de naissance : 19/12/1952
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 3/1/2024

Nom et prénom du malade : Benkherouf Hassan Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection OHL

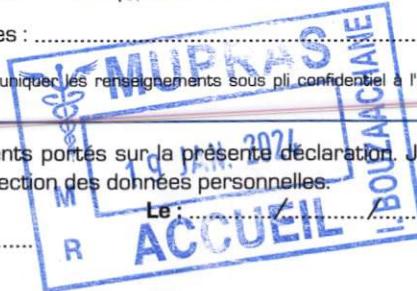
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

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.

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

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
3/1/24	013	300,00		<i>W</i>
				<i>Wendy Chamard 07/24</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Charles Nicolle MEDYATAK-TAK 19, Place Charles Nicolle Casablanca +212 24 75 64 / 05 22 20 20 41	03/01/24	221,50

ANALYSES - RADIographies

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

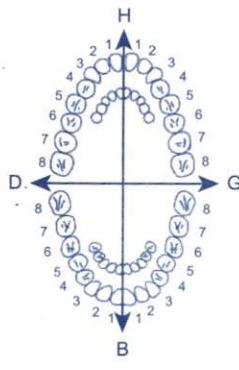
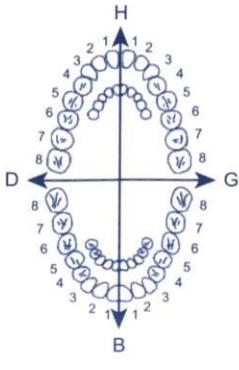
AUXILIAIRES MEDICAUX

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	
				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 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
B				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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

Casablanca, le

03.01.2024

الدكتور محمد حسقلي حسيني

أستاذ جامعي في طب الأطفال

**رئيس سابق لمصلحة إنعاش الأطفال
والمولود الجديد - مستشفى ابن رشد**

**اختصاصي في أمراض الأطفال و الرضيع
أمراض المولود الجديد المستعجلات الطبية
تشخيص و علاج مرض الضيق عند الأطفال
عضو جمعية الأطفال المختصة في الجهاز
 التنفسى و الحساسية**

الدار البيضاء، في

Age : 6 ans 5 mois

Enfant BENKIRANE Zineb



1 ZAMOX SIROP ENFANT (224 GRA)

Graduation à 20, 3 fois / jour, pendant 7 jours

2 boites

2 EUMOXOL SIROP ENF (125 ML)

1/2 cuillère à café, 3 fois / jour, pendant 7 jours

3 HUMEX GOUTTES NASALES > 30 MOIS

1 pulvérisation nasale, 3 fois/ jour, pendant 7 jours

4 APIRETIL SIROP (PARAC)(CONSER < 15)

Graduation à 20, 4 fois / jour, pendant 4 jours

5 TIORFAN 10 MG SACHETS (> 1 MOIS,B 16 S)

1 sachet , 2 fois /jour, pendant 4 jours

6 DOLOGEL GEL GIINGIVAL

1 application sur la zone douloureuse, 3 fois / jour, après les repas
pendant 8 jours

Pharmacie Chatila Nicolle
19, Place Charles Nicolle
Tél: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41

Dr. M. SQALLI HOUSSAINI
Professeur de Pédiatrie
11, Place Charles Nicolle
Tél: 05 22 26 07 20 / 26 90 07

TIORFAN® 30mg
Boîte de 30 sachets-dose
P.P.V : 88,10 Dhs



Maphar
Km 10, route côtière 111
Oul-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca

LOT : 22178
PER : 12/2025
PPV : 20,40 DH

LOT : 1789
PER : 01 - 26
P.P.V: 18 DH 00

28,40

P.P.V 66 DH 10
LOT L3182 PER 09/24