

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-812707



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9403	Société :	R.A.M.
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>YASSINE</i>
Nom & Prénom : BEN YEMLIH YASSINE			
Date de naissance : 17/01/1973			
Adresse : LOT CENTRAL PARK N° 16 BOUSKOURA			
Tél. :	06 63 608 602	Total des frais engagés :	1012,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :		
Date de consultation : 27/01/24			
Nom et prénom du malade : <i>REDA YASSINE</i> Age: 11 Ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>27/01/24</i>			
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.

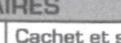
Fait à : CASA

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Le : 29/01/24

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
23.01.2024	Consultation	1	300,00	Dr. Sarah [Signature] PIN: 2091023820
24.01.2024	Consultation	1	300,00	

é	Cachet et signature du Médecin attestant l'élément des Actes
s	 PIN : 091023820

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/01/20	7121,00

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

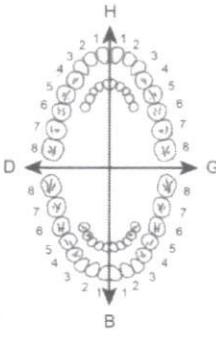
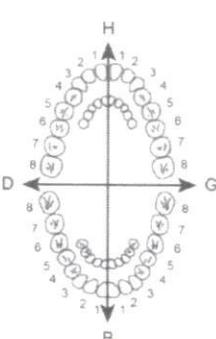
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 : []												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []												
				MONTANTS DES SOINS []												
				DEBUT D'EXECUTION []												
				FIN D'EXECUTION []												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			MONTANTS DES SOINS []
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS []												
				DATE DE L'EXECUTION []												

Docteur Sanâa
BENKIRANE Ep. HAMZA
Ex. Résidente à l'Hôpital
Ibn Rochd - Casablanca
PEDIATRE
Allergologie - Asthme



الدكتورة ابن كيران سناء
زوجة حمزة
مقيمة سابقا بمستشفى
ابن رشد بالدار البيضاء
اختصاصية في طب الأطفال
الحساسية - الضيق

Casablanca, le ٢٧.٥.٢٤
الدار البيضاء، في

BENKIRANE Ayssat

40,00

0 Efficace 20 g يحتوي على 4%
 على كل 100 g

PPU
 EXP 02/2024

21,90

4%
 200 g

16/20
 10 H. 90

21,90

0 Bétoncent ٤٠
 200 g - 31518

EXP: MAI 2026
 PPV: 19,30 DH

19,30
 0 STIRLING
 200 g x 31518

4%
 200 g

Consultation à Domicile

235, bd Yacoub El Mansour, Résid. AlAnfal Imm. A, 3^{ème} étage. appt. n°7
 Casablanca - Tél.: 05 22 94 56 11 - Gsm: 06 64 46 42 76

0 Detpferos gel 15,30

1 geluli x 24 fl. ml. nhaï

H f3M wu

19,00

0 Nurital Sip

119,30 x 5 = 596,50

0 OROFEN 1 w/ 1 fl. ml.

1 fl. ml. (50g) x 2 fl. ml. 11g

0 Vit C 1000 mg

1 fl. ml. in tablet 11g

7/12/10

PHARMALIE CHOKE
Dr. Sanaa Benkiran
Km. 12,5 route de Zouia
Bouakkoura Casablanca
Tel: 222 59 03 01

D. Sanaa BENKIRANE
PEDIATRE
PIN: 091023820

PPV: 15DH30
PER: 09/24

19,00

gr fl 40 ml
P.P.V: 119,30 DH

gr fl 40 ml
P.P.V: 119,30 DH