

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Déclaration 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

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

ND: 51873

Déclaration de Maladie : Nº P19-0015622

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **12930** Société : **Royal Air Maroc**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **Benkiran Hassan** Date de naissance : **01/01/1998**

Adresse : **187 la 12 Stokhaouay Boudra Medli'parc, Cas. Apt 1F**

Tél. : **06615341730** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. SQAÏLI Mohamed
Professeur de Pédiatrie
21, Place Charles Nicolle
Tél. 0522.26.07.20 / 26.90.0

Date de consultation : **12 DEC 2020**

Nom et prénom du malade : **Benkiran Hassan** Age : **4 ANS**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **épilepsie 2020** **febrile**

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 : Le : / /

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
2 DEC. 2020		9	850,00	Dr. SALLI Mohamed Professeur de Pédiatrie 1, Place Charles Nicolle Tél. 0522.26.07.20 / 26.90.07

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
macie HEDY 19, place Charles 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41	12/12/20	762,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<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 colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	00000000		00000000	35533411		11433553	B	G		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552																
	D	00000000	00000000																
	00000000		00000000																
	35533411		11433553																
	B	G																	
					MONTANTS DES SOINS														
					DATE DU DEVIS														
					DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

الدكتور محمد صقلي حسيني

أستاذ جامعي في طب الأطفال

رئيس سابق لملحة إنعاش الأطفال

والمولود الجديد - مستشفى ابن رشد

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضيع

أمراض المولود الجديد المستعجلات الطبية

تشخيص و علاج مرض الضيقه عند الأطفال

عضو جمعية الأطفال المختصه في الجهاز

التنفسى و الحساسية

الدار البيضاء،

12.12.2020

Enfant BENKIRANE Radia

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.A.
Ain sebaa Casablanca
MENACTRA 0.5 ML SOL

Age : 4 ans 7 mois

INJ 1FL 734.00 DH
PPV : 5118001 081981

734.00
1 VACCIN MENACTRA
28.40
2 APIRETIL SIROP (PARAC)(CONSER < 1
Graduation à 15, 3 fois / jour, pendant 2 jours



762.40
Pharmacie Charles Nicolle
HEDYA TAK-TAK
19, Place Charles Nicolle
Casablanca
Tel: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41

Dr SQALLI Mohamed
Professeur de Pédiatrie
Place Charles Nicolle - Casablanca
Tél: 05 22 26 07 20 - 06 61 14 98 84

Dr Charles Nicolle
Tél: 022-26 07.20 / 26.86.07

Résidence Pasteur : 21. Place Charles Nicolle (Face Institut Pasteur) 1er étage - N°3 - Casablanca

Tél.: 05 22 26 07 20 / 05 22 26 90 07 - Fax : 05 22 29 78 67 - GSM: 06 61 14 98 84 - E-mail : azhoum@yahoo.fr