

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W21-727047

135334

Maladie

Dentaire

Optique

A

Matricule :

13177

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENNIS ZINEB

Date de naissance :

13/03/1991

Adresse :

bad Abderrahim bousbid, Res P Jerrada

E3, Apt 15 OASIS

Tél. :

066231855

Total des frais engagés :

2071 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. A. BERRANNOUN**  
Gynécologue Accoucheur  
Diplômé de Paris V  
39, Rue Omar Slaoui Casablanca  
24 Tél 095 22 40 70-05 22 47 29 5

Date de consultation :

24 Tél 095 22 40 70-05 22 47 29 5

Nom et prénom du malade :

BENNIS ZINEB

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

BNA Ben Fer Tafack

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'at: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 20/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Bennis

INN

#### 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
24/03	C2		400	INP : 081030802 Signature du Médecin Accoucheur de Paris V qui certifie
25/03				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie de l'Oasis R LAHOU EL KATEB boulevard Al-Mabid Oasis Tél : 05 22 25 39 74</p>	24/09/2022	1371.00

## 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
		AM	PC	IM	IV	
24.9.22.	Perj.			300		300

## 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 canalaire, ainsi que le bilan c

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H	G															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	B															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**CLINIQUE GHANDI**

MEDICO-CHIRURGICALE  
54 BD GHANDI  
TEL 0522 36 74 05

**F A C T U R E**

N° : **7750 / 2022** du **24/09/2022**

Nom patient **BENNIS ZINEB** Entrée **24/09/2022**  
**PAYANTS** Sortie **24/09/2022**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PERFUSION	1,00		300,00	300,00
<b>Total Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :  TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>300,00</b>



عيادة التوليد وأمراض النساء

# Cabinet de Gynécologie Obstétrique

الدكتور نجيب واجو

Dr. Najib OUAJJOU

الدكتور عبد الجواد برنون

Dr. A. BERRANNOUN



Casablanca, le ..... 24.09.2022

M- BENNIS Zineb

1371.00

Ferinject



Pharmacie de l'Oasis  
Mme R LAHLOU EL KATEB  
64, Boulevard A. Bouabid Oasis  
Tél : 05 22 25 39 74

Dr. A. BERRANNOUN  
Gynécologue Accoucheur  
Diplômé de Paris  
39, Rue Omar Slaoui Casablanca  
Tél : 0522 29 40 70-40 71

50 mg iron/ml  
**ferinject®**

Chaque 1 ml contient:  
Fer sous forme de carboxymaltose  
ferrique 50 mg.  
Excipients: Eau pour préparations  
injectables, hydroxyde de sodium, acide  
chlorhydrique.

كل 1 مل يحتوى على:  
حديد (كربوكسي مالتوز الحديد) 50 مغ.  
المواد المضافة: ماء الصنع، هيدروكسيد الصوديوم،  
وحامض الصلب (الهيدروكلوريك).



6 251065 043257

بترخيص من شركة الوجهة العالمية، الاردن

وشركة سيسوس، المانيا او شركة او في بي بيوجي، المانيا

50 mg de fer/ml  
**ferinject®**

Distribué par  
PROMOPHARM S.A.

Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPP: 1371 DH 00

Pharmacie de l'Oasis  
Mme R LAHLOU EL KATEB  
64, Boulevard A. Bouabid Oasis  
Tél : 05 22 25 39 74

39، زنقة عمر السلاوي، البيضاء - الهاتف : 05 22 47 29 57 / 05 22 29 40 70

05 22 11 38 / 05 22 47 29 57 / 05 22 29 40 70 / 05 22 47 29 57 / 06 61 32 11 38

39, Rue Omar Slaoui, Casablanca - Tél.: 05 22 29 40 70 / 05 22 47 29 57 / 06 61 32 11 38

E-mail : drsnoab@gmail.com