

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE FOUR

### 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 canaux, 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 canaux.

#### 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-709554

136840

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8621 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BERBER MOHAMMED  
 Date de naissance : 09/10/69  
 Adresse : NOUACOUR  
 Tél. : 0668122351 Total des frais engagés : Dhs

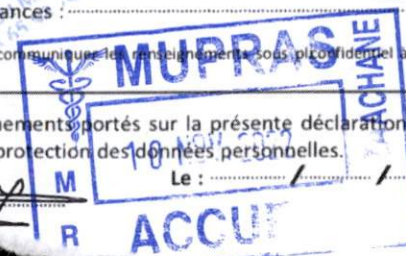
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/09/2022  
 Nom et prénom du malade : BERBER HASAR  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection Respiratoire  
 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 : M Le : / /  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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
16.09.22			3000*	INP : <i>[Signature]</i> <i>[Stamp: J. Kachid, Pédiatre, Résidence du Centre Bé...]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Stamp: Siham EL AZZANI, Pharmacie, 26 Hay Inara 1, Casablanca]</i>	16.09.22	274.00
	26.09.22	58.10

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	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																		
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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Dr. Rachid BENNOUNA

PEDIATRE

Unité Médecine de Paris

on Néonatale

logie Pédiatrique

e - PH métrie)



الدكتور رشيد بنونة

إختصاصي في أمراض الرضيع و الطفل

خريج كلية الطب بباريس

أستاذ مساعد سابقا

بمستشفيات باريس

Maphar

Bd Alkimia N° 6, Ql,

Sidi Bernoussi, Casablanca

UVEDOSE 100 000 UI/2 ml

SOL BUV

P.P.V : 19,50 DH



Maphar

Bd Alkimia N° 6, Ql,

Sidi Bernoussi, Casablanca

UVEDOSE 100 000 UI/2 ml

SOL BUV

P.P.V : 19,50 DH



Maphar

Bd Alkimia N° 6, Ql,

Sidi Bernoussi, Casablanca

UVEDOSE 100 000 UI/2 ml

SOL BUV

P.P.V : 19,50 DH



Casablanca, le 26.09.22 في الدار البيضاء،

Benker Hajar

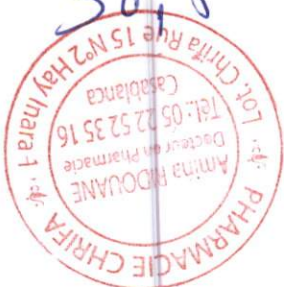


1950x3

Uvedose 100 000

1 dose 1 fois / jour x 3 jrs

T. 58.12



*[Handwritten signature]*

إقامة مركز بنسعيد - 30 زنقة المرشي - المعارف - الدار البيضاء

Résidence du Centre BEN SAID - 30, Rue du Marché (Maârif) - Casablanca

Tél.: 0522.98.65.98 - Fax.: 0522.98.65.92 - Urgences Clinique AJIAL : 05.22.87.81.81

E-mail : bennounarachid41@gmail.com

**Dr. Rachid BENNOUNA**

**PEDIATRE**

Diplômé de la Faculté Médecine de Paris  
Réanimation Néonatale  
Gastro Entérologie Pédiatrique  
(Fibroscopie - PH métrie)



**الدكتور رشيد بنونة**

إختصاصي في أمراض الرضيع و الطفل  
خريج كلية الطب بباريس  
أستاذ مساعد سابقا  
بمستشفيات باريس

Casablanca, le .....

**16.09.2022**

Importateur Exclusif  
Biocodex Maroc  
www.biocodex.ma  
P.P.C.94,00 DH

**Enfant BERBER Hajar**

Age : 11 ans 4 mois

Poids : 23,40 Kg .

NASONEX 50 µg/dose  
Suspension pour pulvérisation  
Flacon de 120 doses  
P.P.V. : 131,70 DH  
Distribué par MSD Maroc

**1 STERIMAR STOP ET PROTEC ALLERGIE**

1 pulvérisation nasale le matin et le soir.

**2 NASONEX 50 µg susp p pulv nasal : 120Doses**

Donner 1 Pulvérisation dans chaque nari le soir, pendant

**3 SAFLU 50 MICROGRAMME**

2 Bouffées le matin et le soir, pendant 3 mois.

**4 FONTACTIV COMPLETE POUDRE**

2 cuillère mesures le matin et le soir.

**5 ZINASKIN CP EFFERV**

1 COMP; EFF le matin, pendant 1 mois.

LOT: GB20597  
PER: 02/2024  
PPV: 115 DH 00

LOT: GB20597  
PER: 02/2024  
PPV: 115 DH 00

LOT: GB11131  
PER: 07/2023  
PPV: 115DH00

**Siham OUAZZAN**  
Pharmacie Siham  
Mariya Angie 31-34 N°6  
Hay Inara - Casablanca  
Tél: 022.52.63.03

PPV 23DH30  
EXP 07/2024  
LOT 18053 25

إقامة مركز بنسعيد - 30 زنقة المرشي - المعاريف - الدار البيضاء

Résidence du Centre BEN SAID - 30, Rue du Marché (Maarif) - Casablanca

Tél.: 0522.98.65.98 - Fax.: 0522.98.65.92 - Urgences Clinique AJIAL : 05.22.87.81.81

E-mail : bennounarachid41@gmail.com