

## 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

- 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

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 86.21			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BERBER			
Date de naissance : 09/10/69			
Adresse : AL MANSOUR			
Tél. : 066.8122351 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 16.09.2022	
Nom et prénom du malade : BERBER	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : AYCI - 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 : \_\_\_\_\_ 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
16.05.24		-	3000 Ft	INP : 0310022418 Dr. Nachia Pédiatre résidant au Centre Bon Marché 75003 Paris

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
Sitham CHIAZZANI Pharmacie Sitham mariye Algo Rue 31-34 N°64 Tav Inara - Casablanca Tunisie 262 22	26.09.22	774.00
	26.09.22	58.50

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

**Dr. Rachid BENNOUNA**

**PEDIATRE**

Hôpital de Paris  
Unité Médecine de Paris  
Unité Néonatale  
Secteur Pédiatrique  
(PH métro)

**Maphar**  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
**UVEDOSE 100 000 UI/2 ml**  
SOL BUV  
**P.P.V : 19,50 DH**

5 118001 185030

**Maphar**  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
**UVEDOSE 100 000 UI/2 ml**  
SOL BUV  
**P.P.V : 19,50 DH**

5 118001 185030

**Maphar**  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
**UVEDOSE 100 000 UI/2 ml**  
SOL BUV  
**P.P.V : 19,50 DH**

5 118001 185030



**الدكتور رشيد بنونة**

إخلاصي في أمراض الرضيع و الطفل

خريج كلية الطب بباريس

أستاذ مساعد سابقا

بمستشفيات باريس

Casablanca, le 26.05. الدار البيضاء، في 26.05.

Bébé - Hépat

AS

1950X3  
1 Uvedose 100 000

Uvedose 100 000 x 3 mois



Signature

إقامة مركز بنسعيد - 30 زنقة المرشي - المعاير - 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 بننونة**

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

Casablanca, le ..... الدار البيضاء، في .....

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 .

- 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 1 mois.
- 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

PPV 230H30  
EXP 07/2024  
UDT 18053 25

Sirah QUAZZAN  
Pharmacie Sirah  
Imarie Astra Rd 31-34 N°6<sup>e</sup>  
Hay Inara - Casablanca  
Tél: 02.52.63.03

Dr. Rachid BEN SAID  
Pédiatre au Centre Ben Saïd  
Résidence 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

إقامة مركز بنسعيد - 30 زنقة المرشي - المعاريف - 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