

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'Hayat
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-000153

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 42305 Société : 150430

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FIHRI YASMINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0656520520 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HIATIM OUMMA Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.



Déclaration de Maladie

M22- N° 004554

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 42305 Société : SN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FABRI FIKRI YASINE
 Date de naissance : 30-04-1984
 Adresse :
 Tél. : 06-56-520-520 Total des frais engagés : 300 + 620 + 79,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. M. BENNOUNA
PEDIATRE
 220, Bd Ghandi Dar Asmaa Casablanca
 Tél 0522 95 12 32 Urgence 06 61 14 73 72
 Cachet du médecin : 16 JAN. 2023
 Date de consultation : 11/2022
 Nom et prénom du malade : HATIM OUMING Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : accidental
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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) : /

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Non Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17 NOV 2022	03		300	

Dr. M. BENNOUINA
PEDIATRE
220, Bd Ghandi Dar Assma - Casablanca
Tel: 0522 95 12 32 Urgence 06 61 44 73 02

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fabricant Date Montant de la Facture

ARMACIE ANFA PLACE C/G Anfa Place Bd. de la Corniche S.A.R.L.A.U. Pharmacie El Mansour - Casablanca Tel: 0522 36 08 06	21/11/22	60,10
	19/11/22	19,55

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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

LABORATOIRE PORTE GHANDI Dr TAZI Kenza 159, Bd. Yacoub El Mansour RDC Casablanca Tel: 0522 99 19 74 / Fax: 0522 99 19 72	21.11.22	B 500 P.T.	670,00
---	----------	---------------	--------

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre AM PC IM LV Montant détaillé des Honoraires

		AM	PC	IM	LV	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. S

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

Dip



Médecine

de Lille (France)

Réanimation Néonatale

ph.Métrie, Endoscopie digestive
et Proctologie Pédiatrique

Diplômé de la faculté de Médecine

Xavier Bichat- Paris

NOUNA



VACCIN BCG

(Lyophilisé)

(0,05 ml - 20 doses / 0,1 ml - 10 doses)

1 ml

de
econstitution.

.ROC -
Inca, Maroc
V : 61.20 DH
DES ENFANTS*

خراج سید بکب بین (حرسا)

إنعاش المولود الجديد

شهادة جامعية في فحص المعدة و الأمعاء

بالشعاع الداخلي للأطفال (باريس)

17.11.2022

Casablanca, le في الدار البيضاء،

Nourrisson HATIM OUMNIA

Age : 11 jours

Poids : 2,90 Kg

61.10

1 VACCIN BCG SSI pdre/solv p susp inj : FI+solv/1ml

1 boîte

une injection intradermique

2 UVEDOSE 100 000 UI sol buv : Amp/2ml



PHARMACIE ANFA PLACE
R.C. : 266003
Bd. de la Corniche

19.00

Donnez une ampoule chaque 3 mois pendant 2 ans à partir de la naissance

Dr Mohammed Bennouna

Dr. M. BENNOUNA
PÉDIATRE

220, Bd Ghandi Dar Asmaa - Casablanca
Tél : 05 22 95 12 32 Urgence : 06 61 14 73 72

PHARMACIE OULMES CASA
S.A.R.L.A.U

Angle Bd Ghandi et Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 08 06

E-mail : medbennouna09@gmail.com

220, شارع غاندي، دار أسماء (قرب بيزاهوت) الطابق 1، البيضاء - الهاتف: 05 22 95 12 32 - المحمول: 06 61 14 73 72

220, Bd Ghandi - DAR ASMAA (près de Pizza Hut) - 1^{er} étage - Casablanca - Tél. : 05 22 95 12 32 - GSM 06 61 14 73 72

Dr. Mohammed BENNOUNA

PEDIATRE

Diplômé de la faculté de Médecine
de Lille (France)

Réanimation Néonatale

ph.Métrie, Endoscopie digestive
et Proctologie Pédiatrique

Diplômé de la faculté de Médecine
Xavier Bichat- Paris



الدكتور محمد بنونة

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضع
خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

إنعاش المولود الجديد

شهادة جامعية في فحص المعدة و الأمعاء

بالشعاع الداخلي للأطفال (باريس)

17.11.2022

Casablanca, le في الدار البيضاء،

Nourrisson HATIM OUMNIA

Age : 11 jours

Poids : 2,90 Kg

TEST DE GUTHRIE

Dr Mohammed Bennouna

Dr. M. BENNOUNA
PÉDIATRE

220, Bd Ghandi Dar Asmaa - Casablanca
Tél: 05 22 95 12 32 Urgence : 06 61 14 73 72

LABORATOIRE PORTE GHANDI
Dr TAZI Kenza

159, Bd. Yacoub El Mansour RDC Casablanca
Tél. 0522 95 19 74 / Fax: 0522 99 19 72

E-mail : medbennouna09@gmail.com

220, شارع غاندي، دار أسماء (قرب بيزاهوت) الطابق 1، البيضاء - الهاتف: 05 22 95 12 32 - المحمول: 06 61 14 73 72

220, Bd Ghandi - DAR ASMAA (près de Pizza Hut) - 1^{er} étage - Casablanca - Tél. : 05 22 95 12 32 - GSM 06 61 14 73 72



مختبر التحاليل الطبية باب غاندي
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PORTE GHANDI
Docteur TAZI KENZA
Médecin Biologiste
Bactério-Virologie-Parasito-Mycologie-Hématologie-Biochimie-Immunologie

Note D'honoraires

Casablanca , le 21/11/2022

Date : 21/11/2022

Patient : N-N HATIM Oumnia

Analyses	Valeur de B	Montant
TEST DE GUTHRIE	500,00	670.00
TOTAL :	500,00	670,00

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de : six cent soixante-dix Dirhams ***

LABORATOIRE PORTE GHANDI
Dr TAZI KENZA
159. Bd. Yacoub El Mansour RDC Casablanca
Tél: 05 22 99 19 74 / Fax: 0522 99 19 72
05 22 99 19 50



مختبر التحاليل الطبية باب غاندي
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PORTE GHANDI
Docteur TAZI KENZA
Médecin Biologiste
Bactériologie-Virologie-Parasitologie-Mycologie-Hématologie-Biochimie-Immunologie

Casablanca, le 05/01/2023
Code Patient 22-01688

Nom : N-N HATIM Oumnia
Dossier N° : 211122-026 Prélèvement du: 21/11/2022 15h
Demandé par Dr : BENNOUNA MOHAMED



Compte rendu d'analyses

ANALYSES DIVERSES

			Valeurs Usuelles	Antériorités
TEST DE GUTHRIE*				
Par technique de Fluorimétrie sur Plateforme Victor de PERKIN ELMER				
PHENYLKETONURIE				
Phénylalanine	:	0,80 mg/dl	(Inférieur à 3)	
HYPOTHYROÏDIE CONGÉNITALE				
TSH	:	1,80 uU/ml	(Inférieur à 20)	
HYPERPLASIE CONGÉNITALE DES SURRENALES				
17 Hydroxy-progesterone	:	9,20 nmol/l	(Inférieur à 25)	
MUCOVISCIDOSE				
Dosage de trypsine immunoréactive	:	24,90 µE/l	(Inférieur à 65)	
HEMOGLOBINOPATHIE				
ELECTROPHORESE DE L'HEMOGLOBINE :				
Electrophorèse de l'hémoglobine équivoque. Un contrôle par technique d'électrophorèse capillaire ou HPLC serait souhaitable.				
DEFICIT EN G6PD				
Glucose-6-Phosphate Déshydrogénase	:	6,50 U/g HB	(Supérieur à 2,8)	

NB: Ceci est un test de dépistage. Tout résultat pathologique doit être contrôlé par une autre technique sur prélèvement sanguin.

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

Le Biologiste