

RÉCOMMANDATIONS 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 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-778755

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 42305 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FASSI F.H. YAMINE

Date de naissance : 30/04/1984

Adresse :

Tél. : 06-51-520-520 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. M. BENNOUNA
PEDIATRE

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : NATIM SUMMIA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : RGO (Reflux gastro-oesophagien)

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

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
18 FEB 2023	C3		300	INP: INPE: 091027219 Dr. M. BENNOUNA PEDIATRE 220, Bd Ghani Dar Asmaa Casablanca Tél: 0522.95.12.92 Urgence 06.61.14.73.72

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL WOURIDJ Rue des Roses A Casablanca 30 84 30 Casablanca Tél: 34808192 092009518	18/2/23	344,00

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	

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	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														

PROSPAN Sirop 100 ml
PPV : 30.00 DH



6 118000 300052

SYNTHEMEDIC
22 rue Mouton-Roussé au Moulin des Roches
noires - Casablanca
INEXIUM

10 mg
Boîte de 28
6616 DMP/21/11P
P.P.V. : 234,00 DH



6 118001 021550

REFLUXAID®

LOT: 2227685
EXP 2025/10
PFC 80 DHS

Réanimation Néonatale
ph.Métrie, Endoscopie digestive
et Proctologie Pédiatrique
Diplômé de la faculté de Médecine
Xavier Bichat- Paris

إنعاش المولود الجديد
شهادة جامعية في فحص المعدة و الأمعاء
بالشعاع الداخلي للأطفال (باريس)

18.02.2023

Casablanca, le في الدار البيضاء،

Nourrisson HATIM OUMNIA

Age : 3 mois 12 jours

Poids : 5,60 Kg

1 INEXIUM 10 mg glé p susp buv Sach-dose/28

Prendre 1 sachet par jour pendant 2 mois

2 REFLUXAID FL 150 ML AVEC PIPETTE

Donner une dose de 1 ml 4 fois / jour 1/4 heures après les tétées et au coucher
pendant 1 mois

3 PROSPAN SIROP

1 boîte

Prendre 1 cuillerée à café le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours.

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 AL WOUROUD
67 Rue des Roses A Côté de
Masjid Annour - Beauséjour
Tél : 05 22 36 84 30 - Casablanca
Patente : 34808192

E-mail : medbennouna09@gmail.com

220, شارع غاندي، دار أسماء (قرب بيزاهوت) الطابق 1، البيضاء - الهاتف: 05 22 95 12 32 - الممحول: 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