

## 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 dûment 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

- Reclamation : 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-786456

**Maladie**       **Dentaire**       **Optique**       **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : MUSA      Société : .....

Actif       Pensionné(e)       Autre

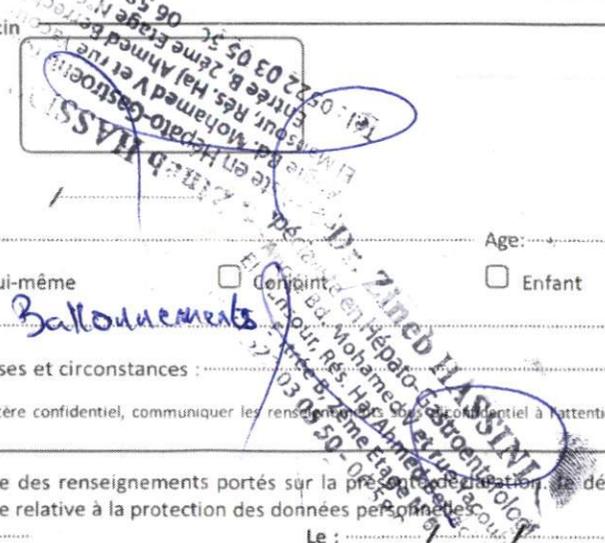
Nom & Prénom : SAISS MENEBA LAHA      163909

Date de naissance : .....

Adresse : El Heliha Ben Abdellah

Tél. : 060436707      Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :       Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Ballonnements

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels 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) : Souss

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie      N° W21-786456

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : MUSA

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

**Coupon à conserver par 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
17/02/23	C.S.		300dh	061246120
23/02/23	Contrôle			

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/02/23	285,40
	23/02/23	226,00

**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	

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez 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**

H		G	
25533412	2143352		
00000000	00000000		
D		B	
00000000	00000000		
35533411	11433553		

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

	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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. HASSINI Zineb

Hépatogastro-Entérologue  
et Proctologue

Endoscopie digestive

(fibroscopie digestive haute, coloscopie)

Echographie abdominale

Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca

Ancien médecin au CHU Ibn Rochd

DIU en Proctologie de l'université de Rennes (France)

DIU en Pathologies fonctionnelles digestives

de l'université de Lyon (France)

DIU en Maladies Inflammatoires chroniques

de l'intestin de l'université de Lille (France)

الدكتورة حسيني زينب

إختصاصية في أمراض الكبد

والجهاز الهضمي والبواسير

الفحص بالمنظار للمعدة والقولون

الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة مقيمة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

ديبلوم في أمراض الشرج والبواسير (فرنسا)

ديبلوم في أمراض الالتهاب المزمن للأمعاء (فرنسا)

ديبلوم في الأمراض الوظيفية للجهاز الهضمي (فرنسا)



# Ordonnance

Berrechid, le 17 / 09 / 2023.

M<sup>me</sup> Soussi Menebhi Leila

21,00

1) Librax



1 cp x 2 j



40,40

2) Metospangyl



2 cp x 2 j

144,50

3) Eucosal



1 gel x 2 j

79,50

4) Carboxane



1 gel x 3 j

T = 285,40

Dr. Zineb HASSINI  
Spécialiste en Hépatogastroentérologie  
Angle Bd. Mohamed V et rue Yaacoub El Mansour, Rés. Haj Ahmed Bc  
Entrée B, 2ème Etage Bc  
Tél : 05 22 03 05 50 - 06 58 70 56

زاوية شارع محمد السادس ورزقة يعقوب المنصور إقامة الحاج أحمد برشيد مدخل B الرقم 6 الطابق 2 (أمام عمالة برشيد) - برشيد

Angle Bd Mohamed V et Rue Yaacoub El Mansour - Rés. Haj Ahmed Berrechid - Entrée B N° 6 Etage 2 (en face de la province de Berrechid) - Berrechid

Tél : 05 22 03 05 50 - E-mail : drhassinizineb@gmail.com

METEDSPASMYL® B 20 caps molles  
 Alvéine citrate 60 mg / Sibéticome 300 mg  
 P.P.V. : 40,40 DH  
 Distribué par COOPER PHARMA  
 41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
 118801 100293  
 20 كبسولات لينة  
 رقم القيد : 06-20225  
 تاريخ الإنتاج : 06-2022  
 رقم الصنف : V0328

70:35x140  
 Eurzol® 20mg  
 28 Gélules  
 6 118000 095347  
 05/6/14

LOT: 220528  
 PER: 07/2025  
 PPC: 79,50DH  
 8 032578 477313

la notice il  
**Librax®** 5/2,5 mg  
 30 comprimés dragéifiés  
 6 118000 280021 9  
 LOT:22155 PER:11/2025  
 PPV:21,00 DH

Docteur HASSINI Zineb

Hépatogastro-Entérologue  
et Proctologue

Endoscopie digestive  
(fibroscopie digestive haute, coloscopie)  
Echographie abdominale  
Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca  
Ancien médecin au CHU Ibn Rochd  
DIU en Proctologie de l'université de Rennes (France)  
DIU en Pathologies fonctionnelles digestives  
de l'université de Lyon (France)  
DIU en Maladies Inflammatoires chroniques  
de l'intestin de l'université de Lille (France)

الدكتورة حسيني زينب

إختصاصية في أمراض الكبد  
والجهاز الهضمي والبواسير



الفحص بالمنظار للمعدة والقولون  
الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
طبيبة مقيمة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء.  
ديبلوم في أمراض الشرج والبواسير (فرنسا)  
ديبلوم في أمراض الإلتهاب المزمن للأمعاء (فرنسا)  
ديبلوم في الأمراض الوظيفية للجهاز الهضمي (فرنسا)

## Ordonnance

Berrechid, le 23 / 02 / 2023.

7<sup>me</sup> Soussi-Menebhi: Leila

Pylera

226,00

Esac 40 mg.

3 gel x 4 j

pdt 10 j



1 gel x 2 j de min aut repas

matin et soir pdt 10 j puis 1 gel j

le matin pdt 10 j

T= 226,00



زاوية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور إقامة الحاج أحمد برشيد مدخل B الرقم 6 الطابق 2 (أمام عمالة برشيد) - برشيد  
Angle Bd Mohamed V et Rue Yaacoub El Mansour - Rés. Haj Ahmed  
Berrechid - Entrée B N° 6 Etage 2 (en face de la province de Berrechid) - Berrechid  
Tél : 05 22 03 05 50 - E-mail : drhassinizineb@gmail.com

SAC® 40 mg  
omeprazole  
gelules  
PROMOPHARM s.a.  
611 18000 241928



00001  
1/24  
26DH00  
V  
0015  
0015

00928

