

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-807973

172985

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12580

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUINESS TLHAM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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 :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-807973

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

Matricule : _____

Nom de l'adhérent(e) : _____

Total des frais engagés : _____

Date de dépôt : _____

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

12530

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OUIN ESS ILHAN

Date de naissance :

01/12/1984

Adresse :

Residence IEDN TAKARIS IMM3 Apt C3
Pan Bouazza

Tél. :

06 79 93 25 34

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

02/08/2023

Nom et prénom du malade :

OUIN ESS ILHAN

Age :

Lien de parenté :

Fille/mère

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection / ore basse

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 :

Casablanca

Le : 15/08/2023

Signature de l'adhérent(e)



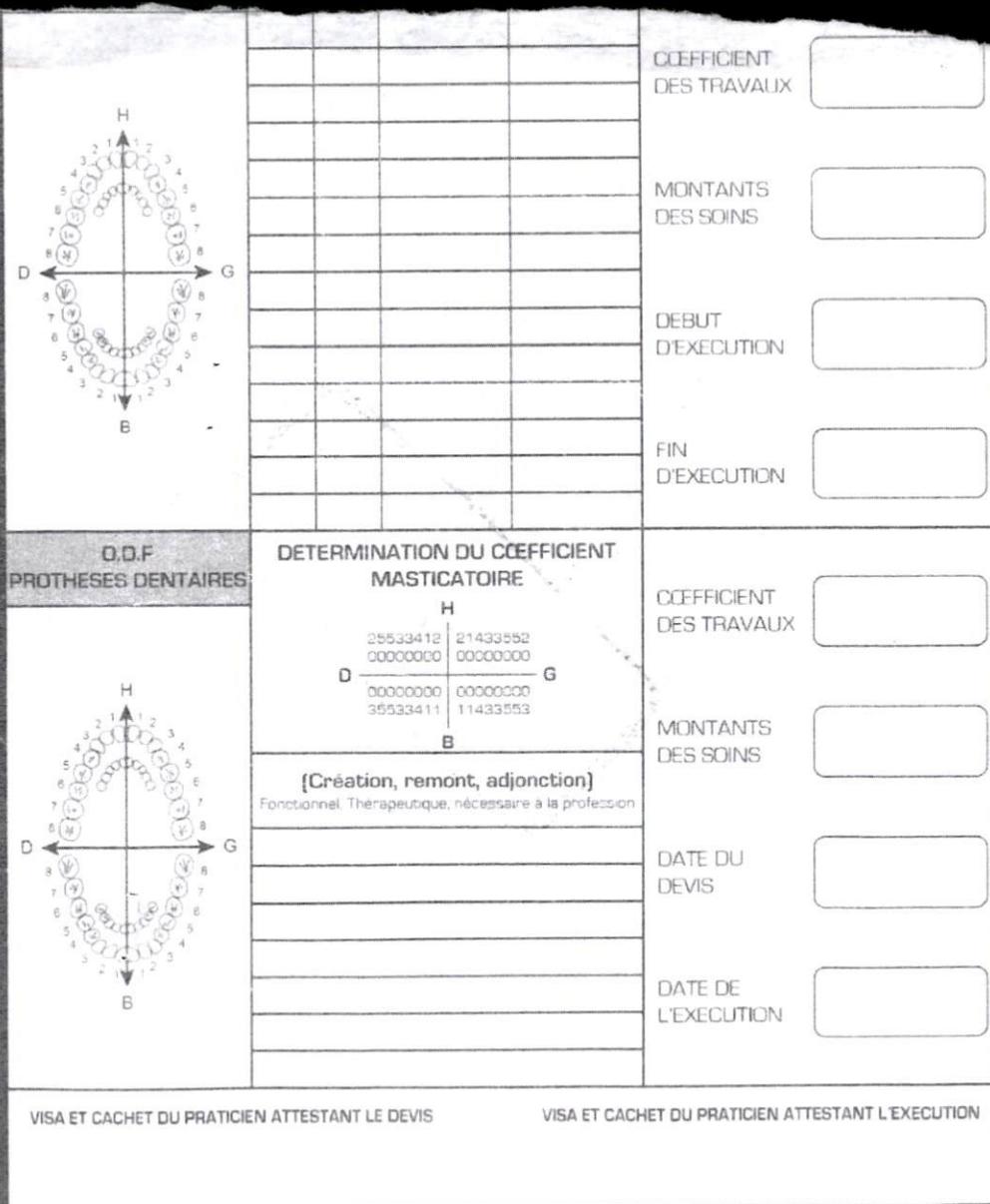
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LAMRANI KERIEM Pharmacie des Familles Angle Rue Normandie et Imam Tabarani Blanca - Tel: 0522.25.05.60	02-10-812021	273.40
		NPE: 002020174

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



Dr. Mohammed BENNOUNA

الدكتور محمد بنونة

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

إنعاش المولود الجديد

شهادة جامعية في فحص المعدة والأمعاء

بالشعاع الداخلي للأطفال (باريس)

Casablanca, le 02/08/23 الدلاويسناء، في

Bébé :

3 mois 15 jours

S.V

1/ Tobrex 0.3 % Collyre FL/5ml

Mettre une goutte 3 fois / jour dans chaque œil pendant 7 jours.

2/ Konakion Amp 2 mg

Donner la 1^{ère} ampoule le 1^{er} jour la 2^{ème} ampoule le 8^{ème} jour et la 3^{ème} ampoule à un mois de vie

3/ Soins de l'ombilic ; 3 fois / jour

- Compresses stériles

- EOSINE Spray

4/ DODIE Liniment BIO

À utiliser à chaque change.

5/ Lait 1 ère âge : NAN OPTIPRO 1 ère âge

Mettre 2 cuillères à mesure dans 60 ml d'eau par biberon puis augmenter La quantité du lait à la demande du bébé en complément du lait maternel.

6/ Rendez-vous le 10^{ème} jour au cabinet (Pour la vaccination du BCG)

Horaire du cabinet

10h00 A 15h00

Dr. M. BENNOUNA
PEDIATRE

220, Bd Ghandi Dar Asmaâ - Casablanca
Tél: 0522 95 12 32 Urgence: 06 61 14 73 72

E-mail : medbenouna09@gmail.com

06 61 14 73 72 - 05 22 95 12 32 - المحمول: 72 - شارع غندي، دار أسماء (قرب بيزا هوت) الطابق 1، البيضاء - الهاتف:

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

Flacon de 5 ml
Tobramycine
OULLYRE EN SOLUTION
TOBRÉX® 0,3 %

توبيريكس® 0,3%
قطرات للعين على شكل محلول

استخدام مواعي.
لتقطير في العين.
لا يليغ، لا يحقن.
التركيبة :
توباميسين..... 0.3 غرام.
كلورور البنزالكينيوم، حمض الوريك.
كريبيتون الصوديوم، كلورور.
الصوديوم، تيلوكسالوان، ماء مصفى.
سوانغ ذو رقم معروف : كلورور البنزالكينيوم.
أقرأ الشرة بدقة قبل الاستعمال.
بعض هذه الدوا، بلدة 15 يوماً بعد فتح
القارورة.
أكتب بوضوح تاريخ الفتح على العبوة.
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25
درجة مئوية.
يحفظ بعيداً عن مرآق ومتناول الأطفال.

Sothema
Titulaire d'AMM / Fabricant :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

E10148C00

N (01) 04260095681805
EXP 08 2025
Lot F3128F02
MFD 08 2022
SN 7A6KK6V49VL2MVK



BOTTU SA
PPV : 124 DH 00

LOT 231023

EXP 03 2026

PPV 26 40



NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance
جدول A (لائحة I) - يصرف بوصيب وصفة طبية

04/20

CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE
54 BD GHANDI
TEL 0522 36 74 05

F A C T U R EN° : **7210 / 2023** du **04/08/2023**

Nom patient	OUINESS ILHAM	Entrée	02/08/2023
	PAYANTS	Sortie	04/08/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

-CHAMBRE GRANDE SUITE	2,00		5 500,00	11 000,00
-PLATEAU PERIDURALE	1,00		1 500,00	1 500,00
-ACCOUCHEMENT VOIE BASSE	1,00	K	4 500,00	4 500,00
<i>Sous-Total</i>				17 000,00

PHARMACIE	1,00	EXTRA	390,00	390,00
<i>Sous-Total</i>				390,00

Total Clinique **17 390,00**

DR. BENNOUNA MOHAMED (pédiatre)	1,00		500,00	500,00
<i>Sous-Total</i>				500,00

Total Autres prestations **500,00**

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <i>DIX-SEPT MILLE HUIT CENT QUATRE-VINGT-DIX DIRHAMS</i>	Total	17 890,00

*payé à l'
échéance*
CLINIQUE GHANDI
54, Bd. Ghandi - Rabat
Tél: 0522 36 74 05

CLINIQUE GHANDI
MEDICO-CHIRURGICALE
54 BD GHANDI
TEL 0522 36 74 05
FAX 05 22 94 64 91
CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : OUINESS ILHAM		
Chambre : 304		
Médecin traitant	HAMOUMI LILIA	
Prise en charge	PAYANT	
Date entrée	02/08/2023	
Date sortie	04/08/2023	08:46
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : KHAYRAN 04/08/2023 11:40 180918225648OU-002		

[Handwritten signature]
CLINIQUE GHANDI
54 Bd. Ghandi
Casablanca
Tel: 0522 36 74 05
Fax: 05 22 94 64 91

Le : 02/08/2023

Références

7210 / 230804095359043617
PAYANT

Entrée / Sortie : 02/08/2023 - 04/08/2023

Le Dr. BENNOUNA MOHAMED

·présente à Mme OUINNESS ILHAM

**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
500,00 Dhs (CINQ CENTS DIRHAMS)**

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. M. A. DURRANI
220 Bd Ghazi La Asmaa - Casablanca
Tel: 0522 95 1320/94 0661 147372

Suivi des grossesses normales et à haut risque
Accouchement
Echographie Gynécologique et Obstétricale
Chirurgie Gynécologique
Coeliochirurgie - Hystéroskopie - Colposcopie
Maladies et Cancer du sein
Ménopause
Infertilité du couple



رعاية و مراقبة الحمل
التوليد
الفحص بالصدى الصوتي
جراحة أمراض النساء
التشخيص والجراحة بالمنظار
جراحة أمراض و سرطان الثدي
سن اليأس
العقم للزوجين

Compte rendu d'accouchement

Le 02/08/2023

Obstétricien : DR Hamoumi Chauvet Lilia

Nom OUINNESS

Clinique GHANDI / Casablanca

Prénom ILHAM

DDN 01/12/1984

Admission

Date 02/08/2023 Terme 37 SA

Déroulement du travail

HTA non Fièvre non

Antibiotiques oui

Déclenchement non, entrée spontanée en travail

Péridurale OUI

Rupture des membranes spontanée / Liquide amniotique clair

Présentation céphalique

Accouchement par voie basse à 21 h40

En occipito pubien / Extraction – ventouse. Délivrance dirigée complète

Episiotomie SANS

Nouveau né

Sexe FEMININ Apgar 10/10 PN 3400g

Allaitement maternel +

Suites de couches normales

Sortie à j 1 . Sensibilisation faite .