

**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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

**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 une fois par an.

**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**

W21-831785

192517

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

PR4FR05/V2/20-10-2023

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13188 Société : Royal Air Maroc

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : TOUMI BENJELLOUN HANZA / GHALI

Date de naissance : 06/05/1990 - 17/09/2023

Adresse : lot Baouchra N° 67 Sidi Naouaf Casablanca

Tél. : 0645277168 Total des frais engagés : = 913,00 = Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/01/2024

Nom et prénom du malade : Benjelloun Toumi Ghali Age : 17/09/23

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : engk

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : 29 JAN 2024

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 : 27/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

**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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 27/01/24        | ...               | 10                    | 259,00                          |  |

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date      | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
|  | 27/1/2024 | 663,00                |

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

**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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Montant des Honoraires | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|------------------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             |                        |                         |
|                 |                |                  |             |                        |                         |
|                 |                |                  |             |                        |                         |
|                 |                |                  |             |                        |                         |
|                 |                |                  |             |                        |                         |
|                 |                |                  |             |                        |                         |
|                 |                |                  |             |                        |                         |
|                 |                |                  |             |                        |                         |
|                 |                |                  |             |                        |                         |
|                 |                |                  |             |                        |                         |

| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES                             | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  | COEFFICIENT DES TRAVAUX  |                                |                        |  |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|--|--|--|--------------------------------|------------------------|--|----------|----------|---|--|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|  | <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 colspan="2">G</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 | G |  | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  |
|  | H  |  |                                |                        |  |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 25533412   | 21433552   |                                |                        |  |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 00000000   | 00000000   |                                |                        |  |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | G  |  |                                |                        |  |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | D  | G  |                                |                        |  |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 00000000   | 00000000   |                                |                        |  |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 35533411   | 11433553   |                                |                        |  |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | B  |  |                                |                        |  |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  | <table border="1"> <tr> <th>[Création, remont, adjonction]</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> <tr> <td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> <td> </td> </tr> </table> | [Création, remont, adjonction] | Montant des Honoraires | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| [Création, remont, adjonction]                         | Montant des Honoraires   |  |                                |                        |  |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |  |                                |                        |  |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |  |                                |                        |  |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |  |                                |                        |  |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |  |                                |                        |  |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |  |                                |                        |  |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |  |                                |                        |  |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |  |                                |                        |  |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |  |                                |                        |  |          |          |   |  |   |   |          |          |          |          |   |  |  |

... ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# PHARMACIE MORSAD

93,lot bouchra route 1100 sidi maarouf casa

DR. MORSAD HICHAM

R.C :315948

Patente:36102698

T.V.A :

Tél :0522321929

Le 27/01/2024

**FACTURE N°83259**

N° ICE : 000484340000069

N° IF : 50741940

**ENFANT BENJELLOUN TOUIMI GHALI**

Prescripteur : DR N. SMINA

ICE N° :

| Qté  | Désignation            | PPV Unitaire | MONTANT TTC | Dont TVA | % Taux |
|--|------------------------|--------------|-------------|----------|--------|
| 1  | ROTARIX VAXIN          | 252,00       | 252,00      |          |        |
| 1  | HEXAXIM 1FL 0.5 +2 AIG | 411,00       | 411,00      |          |        |
|  |                        |              |             |          |        |

**TOTAL T.T.C :**

**663,00**

|              |               |           |                |         |
|--------------|---------------|-----------|----------------|---------|
| Nbr Articles | TVA 7% Base : | Montant : | TVA 20% Base : | Montant |
|--------------|---------------|-----------|----------------|---------|

**Arrêté la présente facture à la somme de :  
Six Cent Soixante Trois Dirhams.**

# Hexaxim

Suspension injectable en seringue préremplie / Suspension  
rellenada

Val: **Sanofi-aventis Maroc** / uelucheux (acellulaire, r  
pol: **Route de Rabat -R.P.1.** / ué de l'*Haemophilus in*  
Dip: **Ain sebaâ Casablanca** / ular, component), *hep*  
(ina: **HEXAXIM 0.5ML 1F 2** / *enzae* type b conjugate  
AIG SP  
Vacc **P.P.V: 411,00 DH** / , la tos ferina (acelular  
recc:  / tivada), y *Haemophilu*  
adsc: 6 118001 082063

1 seringue préremplie (0,5 ml) avec 2 aiguilles  
1 pre-filled syringe (0.5 ml) with 2 needles  
1 jeringa prellenada (0,5 ml) con 2 agujas

PC/GTIN: 03664798045727

MANUF.: 07122020

LOT: V3D411V

EXP/CAD: 11-2024



136T3RWKRMP2K

ID: 651054  
**GlaxoSmithKline Maroc**  
**Ain El Aouda**  
**Région de Rabat**  
**PPV: 252,00 DH**  
  
118001 142361

Détachable / Vaccin co

tavirus  
sage pédiat  
ale/ Via ora  
Ne pas in

# الدركتورة ن. السمينة

خريجة كلية الطب تور (فرنسا)

Docteur N. SMINA

Diplômée de la faculté de Médecine de Tours (France)

**PÉDIATRE**

- Maladies des enfants de la naissance à 16 ans
- Allergie Pédiatrique
- Asthme
- Nutrition et traitement de l'obésité de l'enfant
- اختصاصية في طب الأطفال من الولادة إلى 16 سنة
- حساسية الطفل
- الربو
- علاج مشاكل التغذية و السمنة عند الطفل

Casablanca, Le

27/01/24

l'enfant Boujellou. Touini Ghali

252,00

- Rotarix



444,00

- hexaxim (1)



663,00

- Deminerve

100000

010000

تجزئة الخير رقم 8 سيدي معروف اولاد حدو - الدار البيضاء 20280 - الهاتف: 05 22 58 10 07

Lotissement EL Khair N°8, Sidi Maârouf, Oulad Haddou-Casablanca -20280 - Tel.: 05 22 58 10 07

Email: n.smina@yahoo.fr