

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

## Déclaration de Maladie

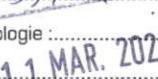
W21-831783

198321

PR4FR05 / V2 / 2010-2023

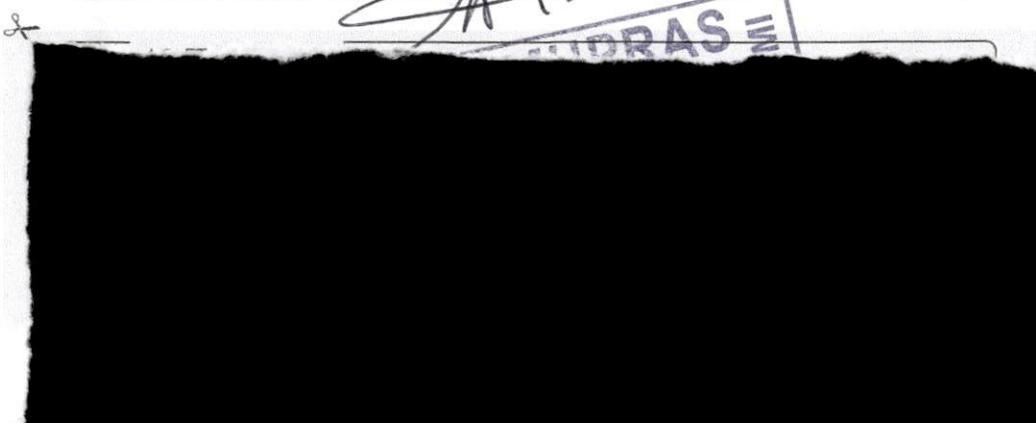
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13188		Société : Royal Air Maroc	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : TOUIMI BENJELLOUN HANZA / GHALI			
Date de naissance : 06.05.1990 / 17.09.2023			
Adresse : lot Bouchra N°67 Sidi Maârouf Casablanca			
Tél. : 0645077768		Total des frais engagés : 661,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 27.02.24			
Nom et prénom du malade : Benjelloun Touimi Age : 17-09-23			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : 			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : 			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 11 MAR. 2024			
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 : 27.02.2024

Signature de l'adhérent(e) : 



RELEVE 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
10/2/24	Acte	16	250,000 A	DR Dr. El Kheir Casab Tél: 05.22.

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. M. A. Boulaiz Casablanca Tél: 0522 321929	27/02/2024	411,00 092043710

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
MONTANTS DES SOINS																	
DEBUT D'EXECUTION																	
FIN D'EXECUTION																	
COEFFICIENT DES TRAVAUX																	
MONTANTS DES SOINS																	
DATE DU DEVIS																	
DATE DE L'EXECUTION																	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>						H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
G	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
[Création, remont, adjonction]																	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
Montant des Honoraires																	
ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

# الدكتورة ن. سmine

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 والسمنة عند الطفل

Casablanca, Le

27/02/24

نسمة. لفاف Benjilma - Touimi bkhali  
- hexazine 6%  
- femme en de Mayo

Pharmacie Marsad  
93, Lot Boushra Route 1100  
Sidi Maârouf-Casablanca  
Tel: 0522 321929



N. SMINA  
PÉDIATRE  
Sidi Maârouf-Casablanca  
Télé: 0522 581007

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

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

Email: n.smina@yahoo.fr

# Hexaxim

Suspension injectable

Suspensión in-

Vaccin diphtér-

poliomylétilique

Diphtheria, tet-

(inactivated) an-

Vacuna contra la

recombinante), i-

adsorbida

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

HEXAIXIM 0.5ML 1F 2

AIG SP

P.P.V: 411,00 DH

6 118001 082063

/ Suspension

acellulaire, mi-  
mophilus influ-  
nent), hepatico-  
conjunctive va-  
(acelular, de  
y Haemophilus

PC/OTIN: 03664798045727

MANUF.: 07122020

LOT: V3D411V

EXP/CAD: 11-2024



SN:

136T3RWKVXTKK8