

## 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 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

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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'Hor  
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-614874

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

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 :

Lien de parenté :

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 : Casablanca

Le : 06/03/21

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
06/03/21	C		CG	INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/03/21	119,10

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prie de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
		<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											
		[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
DATE DU DEVIS <input type="text"/>				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													



# Dr. Soumaya BASSIT

- Spécialité des maladies de l'enfant, du nouveau-né et en nutrition
- Médecin membre de la société marocaine d'endocrinologie (SMEDIAP)
- Ancien médecin interne au centre de pneumo-allergologie, et au centre d'hématologie et d'oncologie pédiatrique de l'hôpital 20 Août



## الطبقة سمية بسيطة

- إختصاصية في طب الأطفال، حديثي الولادة والتغذية
- طبيبة عضو بالجمعية المغربية لأمراض الغدد والسكري للطفل
- طبيبة داخلية سابقا بمركز أمراض الحساسية والضيقة والجهاز التنفسي ومركز أمراض الدم وأنولوجيا الأطفال بمستشفى 20 غشت

## ORDONNANCE

06/03/26

NN Rinase Haniddine

20.90

1) D3 Bon 2100.000 UI (VO)

18.10 x 2 / 37.3  
2) sulfur iodatum 15g

10 gables / 7 (15 g)

61.20

sai

3) BCG

pacquet contient une ampoule de 1ml de  
injection de chlorure de sodium pour la reconstitution.

**INSTITUT PASTEUR DU MAROC -**  
1 Place Louis Pasteur 20360, Casablanca, Maroc  
AMM N° 638/15 DMP/21/NCF PPV : 61.20 DH  
"TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS"

TF: 119, 110

ZENITH Pharma  
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

**Dr. Soumaya BASSIT**  
Pédiatre  
78, Bd. Panoramique - Casablanca  
Tél: 05 22 52 04 01 / Gsm: 06 82 22 33 30

**PHARMACIE AL KINDI**  
Dr. Taoufik BARAZZOUK  
48, Rue 1, Dr. Haidia  
Les Crêtes, Ain Chock - Casablanca  
Tél : 05 22 50 72 57

78, شارع المنظر العام عين الشق (أمام بريد المغرب)

78, Bd. Panoramique - Ain Chock (en face la poste)

SMS : 06 82 22 33 90 - Tél.: 05 22 52 04 01 - E-mail : drbassitsoumaya@gmail.com