

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

O Réclamation	: contact@mupras.com
O Prise en charge	: pec@mupras.com
O 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.

N° W19-562288

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12013

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RHOLAM IMANE

128321

Date de naissance :

05/01/1982

Adresse : Perles de CALIFORNIE

2^e etage a: 8 IMMEUBLE K

Tél. : 0661409323

Total des frais engagés : 456,40 DT

Cadre réservé au Médecin

220, Bd Général De Gaulle - Casablanca

Cachet du médecin :

DR. M. BENNOUUA
PEDIATRE

Date de consultation :

28 JUIL 2022

Nom et prénom du malade :

ELMLILI mohamed Als

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Affection digestive

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 28/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-562288

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

12013

DR BENNOUUA

PEDIATRE

Matricule :

RHOLAM IMANE

Total des frais engagés : 456,40 DT

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
28 juillet 2022	C3		300	INPE:091027219

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PE: 092107168	28/7/2022	186.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VIOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-4), upper left (3-6), lower left (5-8), and lower right (2-5). A coordinate system is overlaid on the arch, with the horizontal axis pointing left and the vertical axis pointing down. The origin is at the center of the arch. The teeth are represented by small circles with numbers, and the coordinate system is indicated by arrows and labels 'H', 'D', 'G', and 'V'.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Mohammed BENNOUNA

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



الدكتور محمد بنونة

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

إنعاش المولود الجديد

شهادة جامعية في فحص المعدة والأمعاء

بالشعاير الداخلي للأطفال (باريس)

28.07.2022

Casablanca, le الدار البيضاء، في

Enfant EL MLILI MOHAMED ALI

Age : 7 ans 7 mois

Poids : 29,30 Kg

28.07.

28,10

1 VOGALENE 0,1 % sol buv : Fl/150ml

1 boite

Donner 2 cuillères à café 3 fois / jour 1/4 heures avant les repas si vomissements

6f. حصر.

2 ULTRA LEVURE 250 MG SACHETS

Lot :
EXP :
PPV (DH):

6503 10/21
BIOCODEX MAROC PPV 67.00 DH

Prendre 1 sachet le matin et le soir, pendant la diarrhée

32.50.

3 FLAGYL 4% susp buv : Fl/120ml

1 boite

Donner 2 cuillères à mesure ei demi 2 fois / jour pen

FLAGYL 4%
SUSP BUV FL 120 ML
P.P.V : 32DH90
Barcode : 6 118000 068390

28.40

4 APIRETIL SOLUTION ORALE 100 MG / ML

1 boite

Donner dose 24 kg toutes les 6 heures si température sup

Dr Mohammed

156.40

PHARMACIE JNANE CALIFORNIE
10 Dr. FALAH Youssef
10 Picto Taddart Rés Lina
Jnane California Ain Chok
Tel: 05 22 87 11 12 - Casablanca
TCE: 001512678000029

Dr. M. BENNOUNA
PEDIATRE
220 Bd Ghandi Dar Asmaa - Casablanca
Tél: 05 22 95 12 32 Urgence : 06 61 14 73 72

E-mail : medbenouna09@gmail.com

06 61 14 73 72 - 220 - شارع غاندي، دار أسماء (قرب بيزا هوت) الطابق 1، البيضاء - الهاتف: 05 22 95 12 32 - المحمول:

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