

## 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.

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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-707742

143346

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8644 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Hamiddine Lahcen

Date de naissance : 25/05/71

Adresse : Apt 231 Residence Riad omaria Hay cherifa  
Ain chock Casablanca

Tél. : 0659791684 Total des frais engagés : 931,55 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumaya BASSI  
PÉDIATRE  
Hay El Inara, 60 Bd. Aïssa  
Tél: 0522 520 401 / 0522 223 390

Date de consultation : 04/10/22

Nom et prénom du malade : HAMIDDINE RIMASSE Age : 51 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Cancer du sein

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 : 04/10/22

de l'adhérent(e) :

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
04.10.22	G5		12500DH	INP 091196030

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
4/10/22	6600,00

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <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>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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS [ ]														
	Signature de :			DATE DU DEVIS [ ]														
				DATE DE L'EXECUTION [ ]														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															



# Dr Soumaya BASSIT

Spécialiste 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



## الدكتورة سمية بسيط

إختصاصية في طب الأطفال، حديثي الولادة و التغذية  
طبيبة بالجمعية المغربية لأمراض الغدد و السكري للطفل  
طبيبة داخلية سابقا بمرکز أمراض الحساسية و الضيق و الجهاز التنفسي  
و بمرکز أمراض الدم و أنكولوجيا الأطفال بمستشفى 20 غشت

### ORDONNANCE

04-10-22

NN: Rinasse Hamiddène

- P: 10 kg 600

7,00

1) pendanin



364,00

2) Varivax



3) physiomer : 1/1 / 1 / 1 matin

4) Camilia : 2/1

0-1-1 (5J)

5) Laxectan :

19,00

25 dets x 3/1 (3J)

6) Nurodol : 1/1 x 3/1 (3J)

Dr. Soumaya BASSIT  
Hay El Inara, 30 Bd. Al Quds  
Tél: 06.82.22.33.90 - 05.22.52.04.01

مركز إليت حي الإنارة، 30 شارع القدس، الطابق الثاني رقم 19

Elite centre Hay El Inara, 30 Bd. Al Quds 2ème Etage N° 19

Urgences : 06.82.22.33.90 - Tél. : 05.22.52.04.01

E-mail : drbassitsoumaya@gmail.com

7) coq-elisedal 250 g. 2/finage  
si besoin (3J)

21,50



Dr. Soumaya BASSIT  
PÉDIAATRE  
Hay El Inchaoui 30 Bd Aïouds  
Tél: 0522 520 401-0682 223 390

Titulaire de l'A... et fabricant/  
صاحب رخصة التسويق والمصنع

Merck Sharp & Dohme Corp.  
770 Sumneytown Pike, P.O. Box 4  
West Point, Pennsylvania, 19486,  
Etats-Unis/الولايات المتحدة الأمريكية

Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/

بم اصدار التشغيل من قبل

Merck Sharp & Dohme BV  
Waarderweg 39, P.O. 581  
2031 BN, 2003 PC Haarlem  
Pays-Bas/هولندا

VARIVAX® vaccin

Suspension injectable

Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml

P.P.V: 364.00 DH

AMM N°: 789/16DMP/21/NSF

**PENTAXIM**

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1.

Aln sebaâ Casablanca

Pentaxim Inj b1 ser 1 dose

P.P.V : 277,00 DH



6 118001

080632

Poudre en flacon et suspension pour sus  
Powder in vial and suspension for suspe  
Polvo en frasco y suspensión para suspe

Voie intramusculaire / Intramuscular ro

les enfants.

iq  
et  
énué

ISS  
Ha  
n poudre et  
ite pour

lin  
lsc  
يحفظ بعيدا عن

**فاريف**

فيروس داء ال  
قارورة ذات ج  
وقارورة ذات

19,00

