

## 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

- 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'Horizon  
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° W21-771488

243988

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12984 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Act Kechkech Hicham

Date de naissance : 25/08/1985

Adresse :

Tél. : 0662703961 Total des frais engagés : 1477,9 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR EL BENNA EL HASSIN  
PEDIATRE  
54 RUE SOKRAT EL HASSAN  
Maarif - Casablanca  
Tel : 05 22 23 03 46

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Act Kechkech Hicham Age :

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

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 : 05/01/2023

Signature de l'adhérent :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

06 JAN. 2023

# 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
17-11-21	G2	1	270	Dr EL BENNA EL MASSI PE D / A 54 rue Souk el Bab Maarif - Casablanca Tel: 06 22 53 03

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

17/11/22      927,95

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

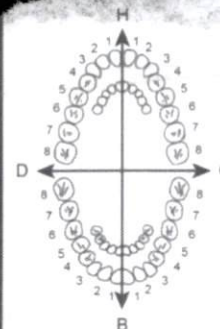
# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

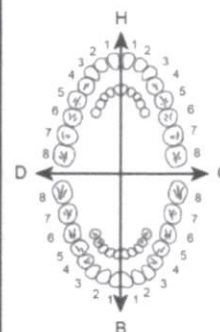
AM      PC      IM      IV

# VOLET ADHERENT

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



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. El Hassan EL BENNA

PÉDIATRE

Diplômé de l'Université de Bordeaux II  
D.U. d'Urgence et Réanimation  
du Nouveau-Né et de l'Enfant



الدكتور الحسن البنا

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع  
خريج جامعة بوردو (فرنسا)

Casablanca, le 17-11-22

Hanger Ait Kechkel

411,~

- Hexamin



456,~

- Suprofluvine



20,90

- Vitamine D<sub>3</sub> B.O.V

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
HEXAXIM 0.5ML 1F 2  
AIG SP  
P.P.V: 411,00  
5 118001 082063



927,90

Madame BARTAL FATIMA  
Pharmacie Achraf  
Rue Socrate - Maârif  
Casablanca - Tél : 0522 25 22 09

Dr EL BENNA EL HASSAN  
PÉDIATRE  
54 Rue Socrate Rés. SABAH  
Maârif - Casablanca  
Tél : 05 22 98 03 46

42X24X133  
A82

Chaque dose de 0,5 ml contient 1 microgramme de polyside des  
sérotypes 1, 5, 6B, 7F, 9V, 14 et 23F, et 3 microgrammes des sérotypes 4,  
18C et 19F - Chlorure de sodium, eau pour préparations injectables



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance

504757

**Synflorix**

Suspension injectable en seringue  
préremplie

Vaccin pneumococcique polysidique conjugué (adsorbé)

**Synflorix**

Suspension injectable en seringue préremplie

Vaccin pneumococcique polysidique conjugué (adsorbé)

Lot/EXP:

ASPNB322BD

06-2024

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants  
• Lire la notice avant utilisation • Le vaccin doit être  
amené à température ambiante avant utilisation

A conserver au réfrigérateur (entre 2°C et 8°C). • A conserver dans  
l'emballage extérieur d'origine à l'abri de la lumière • Ne pas congeler  
Bien agiter avant emploi

1 dose (0,5 ml)  
1 seringue préremplie + 1 aiguille

Voie intramusculaire

**gsk**

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV:496,00 DH

ID: 649683

6 118001 142392