

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 Etape Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon



Déclaration de Maladie

N° W21-661476

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8812 Société : RAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : TARNALI ABDERRAHMANE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0675592215 Total des frais engagés : 1070,90

Cadre réservé au Médecin

Dr. M. BENNOUNA
PÉDIATRE

Cachet du médecin :

220, Bd Ghandi Der Asmaa - Casablanca
Tél : 06 22 95 12 32 Urgence : 06 61 14 73 72

Date de consultation : 27 NOV. 2021

Nom et prénom du malade : TARNALI Mohamed choob

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

Nature de la maladie : Affection Respiratoire

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 06/12/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 l'élément des Actes
27 Mai 2021			300	D. M. BENBOUNA PÉDIATRE 220, Bd Grand Des Asmes - Casablanca Tél: 0522 35 1232 Urgence : 06 31 14 1319

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Mersad 93, Lot. Bouche la Route 1100 Sidi Maârouf - Casablanca Tél: 0522 32 19 29	27/11/2021	Pharmacie Mersad 93, Lot. Bouche la Route 1100 Sidi Maârouf - Casablanca Tél: 0522 32 19 29

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

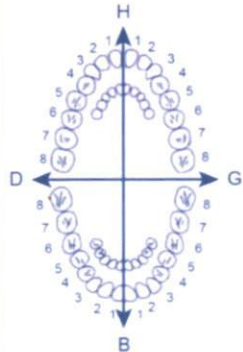
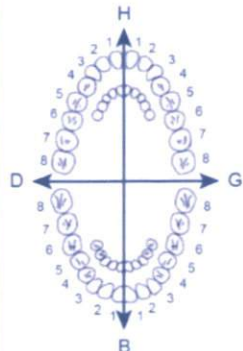
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est 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

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td><td></td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td><td></td></tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			MONTANTS DES SOINS
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

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

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع
خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

إنعاش المولود الجديد

شهادة جامعية في فحص المعدة والأمعاء

بالشعاع الداخلي للأطفال (باريس)

27.11.2021

Casablanca, le في الدار البيضاء،

Enfant TARHALI MOHAMED CHOAI

Age : 4 ans 10 mois

Poids : 24,00 Kg

1 ERLUS SIROP ENFANT FLACON 100 ML

1 boîte

Donner une 1/2 cuillère à café par jour pendant 2 mois

* COMPRIMÉS A CROQUER 4 MG

Prendre 1 comprimé le soir, après le repas, pendant 2 mois.

3 TOPLEXIL 0.33 mg/ml sirop : FI/150ml av gob dos

Prendre une cuillère à mesure 3 fois / jour pendant 8 jours

4 SPECIAL KID NEZ&GORGE SIROP

Prendre 1 cuillère-mesure le matin et le soir, pendant 10 jours.

5 SAPHIR 500 MG/62.5 MG SACHETS ENFANT

2 boîtes

Prendre 1 sachet le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours.

Dr Mohammed Bennouna

E-mail : bennouna-mohammed@menara.ma

220, شارع غاندي، دار أسماء (قرب بيزا هوت) الطابق 1، البيضاء - الهاتف : 05 22 95 12 32 - الفاكس : 05 22 39 53 38 - المحمول : 06 61 14 73 72
220, Bd Gandhi - DAR ASMAA (près de Pizza Hut) - 1er étage - Casablanca - Tél. : 05 22 95 12 32 - Fax : 05 22 39 53 38 - GSM : 06 61 14 73 72

Date de fabrication / Manufacturing date : 05 /2017
A consommer de préférence avant /
Best before end of : 08/ 2022
N°lot / Batch n°: 1823402/1

Special Kid NEZ & GORGE
PVC : 99,00 DH

FAB : 05/2017 Lot :
PER : 08/2022 1823402/1
LACDP

V002 - 11 / 16

ETSKIDAT12SLACDP

3 760162 577488

Erlus®
sirop 100 ml

6 118000 180890

Lot :

Per

PPV :

3620

Distribué par MSD Maroc
P.P.V : 251,00 DH

6 118001 160389 >

Saphir® 500 mg/62,5 mg
12 Sachets

6 118000 082545

PPV : 59DH00
PER : 06-23
LOT : J1651

Saphir® 500 mg/62,5 mg
12 Sachets

6 118000 082545

PPV : 59DH00
PER : 06-23
LOT : J1651

LOT : 21E011
PER : 02 2023

TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML

P.P.V : 15DH70

6 118000 060901