

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

35682

8832

Déclaration de Maladie : N° P19- 0009538

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (a)

Matricule : 12688 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAFREM Mohamed Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662762521 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR M. BENNOUNA
PEDIATRE
220, Bd. Ghandi Dar Asmaa - Casablanca
Tél: 0522 95 12 32 Urgence : 06 81 14 73 72

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/06/20

Nom et prénom du malade : belbe LAFREM Age :

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

Nature de la maladie : assistance à la naissance

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 : CMN Le : 11/06/20

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0009538

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
11/06/20			Non facturé les cliniques	Dr M BENABEN 201, Bd Chateaudun, 93000 Bobigny Tél: 01 47 32 00 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/06/20	267,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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																
			MONTANTS DES SOINS														
	(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'EXECUTION

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 بليب (فرنسا)

إنعاش المولود الجديد

شهادة جامعية في فحص المعدة والأمعاء
بالشعاع الداخلي للأطفال (باريس)

Casablanca, le 07/06/2022 في الدار البيضاء

Bébé : L.A.F. 25M

1/ Tobrex 0.3 % Collyre FL/5ml

Mettre une goutte 3 fois / jour dans chaque œil pendant 7 jours.

2/ Konakion Amp 2 mg

Donner une ampoule le 8^{ème} jour et une ampoule à un mois.

3/ Vitamine D 3 B.O.N 200.000 UI/ 1 ml

Donner toute l'ampoule par la bouche : Une seule fois. 10^{ème} jour.

4/ Soins de l'ombilic ; 3 fois / jour

-Compresse stériles

Eosine spray GILBERT

5/ LINIDERM Liniment oléo-calcaire

À utiliser à chaque change.

6/ Lait 1^{ère} âge : NAN OPTIPRO 1^{ère} âge

Mettre 2 cuillères à mesure dans 60 ml d'eau par biberon puis augmenter
La quantité du lait à la demande du bébé en complément du lait maternel.

8/ Rendez-vous le 10^{ème} jour au cabinet (Pour la vaccination du BCG)

Horaire du cabinet pendant le confinement

De 10h00 à 13h00 sur rendez vous

DR M. BENNOUNA
PEDIATRE
220, Bd. Ghandi Dar Asmaa Casablanca
0522 95 12 32 Urgence 06 61 14 73 72

E-mail : bennouna-mohammed@menara.ma

06 61 14 73 72 : المحمول - 05 22 39 53 38 : الفاكس - 05 22 95 12 32 : الهاتف - البيضاء - الطابق 1، البيضاء - (قرب بيزا هوت) - شارع غاندي، دار أسماء - 220, Bd Ghandi - 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

Konakion[®] MM
paediatric
Phytomenadione

2 mg oral/i.m./i.v.

GTIN

EXP
Lot
MFD
SN

(01) 04260095681805

09 2021

F3027F04

09 2019

826117172991363



5 ampoules of 0.2 ml

CHEPLA
PHARM
Azzamare

BOTTU SA
PPV : 44 DH 70



Alcon

LABORATOIRES ALCON

4, rue Henri Sainte-Claire Deville
F-92563 RUEIL-MALMAISON CEDEX

Fabrique par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 20180 Bouskoura - Maroc
Sous licence Alcon

 سوتهما
SotHEMA



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la
notice

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION



NE PAS AVALER

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance

EOSINE

Stabilisée

DERMA SOIN
SPRAY

20%

SOLUTION ASSECHANTE
ASTRINGENTE

PRATIQUE ET
HYGIENIQUE



6 117050 213466

PPC

30.00 DH

LOT

3010946

EXP

09/2024

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

تقيد تماماً بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/

يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - II لائحة

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 DMP/21/NNF'R



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement/

MA holder / صاحب مقرر التسجيل



GROUP

BOUCHARA-RECORDATI

70, avenue du Général de Gaulle

92800 PUTEAUX - FRANCE

Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المصنع

HAUPT PHARMA

1, rue Comte de Sinard

26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE

CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE

54 BD GHANDI

TEL 0522 36 74 05

F A C T U R E

N° 2 909 / 2020 du 13/06/2020

Nom patient	ZAHID SOFIA	Entrée 11/06/2020	Sortie 13/06/2020
Prise en charge	MUPRAS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CHAMBRE	1,00		1 200,00	1 200,00
BLOC OPERATOIRE	1,00		2 500,00	2 500,00
FORFAIT CLINIQUE EN HOSPITALISATION	1,00		600,00	600,00
			Sous-Total	4 300,00
Pharmacie totale	1,00		1 500,00	1 500,00
			Sous-Total	1 500,00
Total Frais Clinique				5 800,00
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. HISSANE EL MEHDI (gyneco)	1,00		3 000,00	3 000,00
DR. SALAFI/OUDRHIRI (anesthésiste)	1,00		1 500,00	1 500,00
DR BENNOUNA MOHAMED (pédiatre)	1,00		600,00	600,00
			Sous-Total	5 100,00
Total prestations externes				5 100,00

<i>Références de la prise en charge</i>		Total général	10 900,00
Immatriculation	N° prise en charge		
Affiliation			
Arrêtée la présente facture à la somme de :		Part organisme	9 700,00
DIX MILLE NEUF CENTS DIRHAMS		Part patient	1 200,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						10 900,00