

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

- 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

35682

WSR

## Déclaration de Maladie : N° P19-0009538

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12688 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LAFREM Mohamed Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662 76 25 21 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**DR M BENNOUNA**  
**PEDIATRE**  
220, Bd. Ghendi Dar Asmaa - Casablanca  
Tél: 0522 95 12 32 Urgence : 06 61 14 73 72

Date de consultation : 11/06/20

Nom et prénom du malade : ben abdellah LAFREM Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : assystème cardio circulatoire

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) : M

### 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 :

## 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
11/16/20 Vw			Voir facture les cliniques	Dr M. BENOIT 20, Bd Gambetta 13628 Tél: 04 91 22 10 00

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>Pharmacien: Dr. Anas El Aissaoui</i> <i>Docteur: Dr. Anas El Aissaoui</i> <i>Address: 10, rue de la Kasbah, Tizi Ouzou, Tel: 05 22 32 07 01</i>	11/06/20	267,00

## 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
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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

بالشاعان الداخلي للأطفال (باريس)

Casablanca, le ٢٠١٢٠٢٠٢٠  
الدار البيضاء، في

٢٠٠٥

Bébé : LAF.25M  
SV

1/ Tobrex 0.3 % Collyre FL/5ml

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

٤٤,٢

2/ Konakion Amp 2 mg

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

٢٠,٩٥

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.

٤/ Soins de l'ombilic ; 3 fois / jour

٢٢,٥٠ - Compresses stériles

٣٠,٥٥ Eosine spray GILBERT

5/ LINIDERM Liniment oléo-calcaire

À utiliser à chaque change.

R3,٥٥

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 )

٢٦٧,٥٥

Horaire du cabinet pendant le confinement  
De 10h00 à 13h00 sur rendez vous

Dr M. BENNOUNA  
PEDIATRE  
120, Bd. Ghandi Dar Asmaâ Casablanca  
0522 95 12 32 Urgence 06 61 14 73 72

E-mail : bennouna-mohammed@menara.ma

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

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

*le 8  
Jan 1*

# Konakion® MM paediatric

Phytomenadione

*Am'k*

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

5 ampoules of 0.2 ml



GTIN

(01)04260095681805

EXP

09 2021

Lot

F3027F04

MFD

09 2019

SN

826117172991363



**BOTTU SA  
PPV : 44 DH 70**

*Am'k*

CHEPLA  
PHARM  
AzzurriPharm



**Alcon**  
LABORATOIRES ALCON  
4, rue Henri Sainte-Claire Deville  
F-92563 RUEIL-MALMAISON CEDEX  
Fabriqué par les Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N° 1, 20180 Bouskoura - Maroc  
Sous licence Alcon

**S**otrema



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

2%

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

احترم дозамиات الموصى بها

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/

بصرف فقط بموجب وصفة طبية

لائحة II - List II - II

ZENITH Pharma  
AMM N° 171/16 DMP/21/NNFR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement

صاحب مقرر التسجيل / MA holder



BOUCHARA-RECORDATI

GROUP

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	Sortie
Prise en charge	MUPRAS	11/06/2020	13/06/2020

	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
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>5 800,00</b>
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. HISSANE EL MEHDI (gyneco)	1,00		3 000,00	3 000,00
DR. SALAFI/OUDRHIRI (anesthesiste)	1,00		1 500,00	1 500,00
DR BENNOUNA MOHAMED (pédiatre)	1,00		600,00	600,00
			Sous-Total	5 100,00
<b>Total prestations externes</b>				<b>5 100,00</b>

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

		Total encaissé	Solde
Encaissements			<b>10 900,00</b>