

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.
- Une entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontologie 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.

Reéducation :

- Une entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.
- 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

- Reclamation : 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.

RAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-697293

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2258 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : AWAHE
 Nom & Prénom : OUDGHINI
 Date de naissance : 12-01-63
 Adresse : 1717 300 DAN BOUZLA
 Tél : 066/370030 Total des frais engagés : 617,60 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Carte du médecin :
 Dr. Amal BOUGHNAMA
 MEDICATRE ALLERGOLOGUE
 20, Bd. My. Idrisse 1er - Cas 2
 29 NOV 2022 11 46 02 50
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : OUDGHINI SALMA
 Lien de parenté : Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
 Nature de la maladie : Asthme
 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 : Le : / /

145197

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
29 NOV. 2022		02	250	NP : 091036160 الدكتور أمال بوغنامة Dr. Amal BOUGHNAMA MEDIAIRE ALLERGOLOGUE 20, Bd. My. Idrisse 1er - Cas: Tél : 05 22 28 02 59

29 NOV. 2022

NP : 091036160

الدكتورة أمل بوغنامة
Dr. Amal BOUGHNAMA
MÉDIA TRE ALLERGOLOGUE
20, Bd. My. Idrisse 1er - Cas.
Tél : 05 22 26 02 59

EXECUTION DES ORDONNANCES		Tél : 05 22 38 02 59
Racheté du pharmacien ou du chirurgien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES JARDINS DE LOCEAN BAY SARI AU Dar Bouazza - Casablanca Tél : 05 22 29 08 29 P.C. : 329369 T.P. : 32960412	29-11-22	367,10

29-11-27

367, 10

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

[illegible]

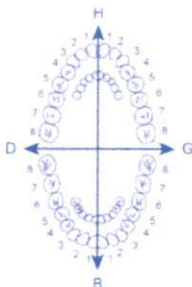
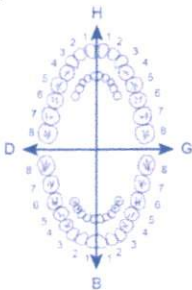
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
					<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <input type="text"/> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <input type="text"/> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <input type="text"/> <p>FIN D'EXECUTION</p> <input type="text"/>															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <input type="text"/> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <input type="text"/> <p>DATE DU DEVIS</p> <input type="text"/> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input type="text"/>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel Thérapeutique : nécessaire à la profession</p>																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

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

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Amal Boughnama

Pédiatre - Allergologue

Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامة

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع
أمراض الحساسية والربو
الطب المثيل

Casablanca, le29.11.2022.....

Enfant GUDGHIRI Salma

Poids : 45,00 Kg

Age : 12 ans 5 mois

49,90

1 AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg pdre p susp buv Enf : 12Sach

1 sachet le matin, à midi et le soir, au cours du repas, pendant 8 jours.

39,90

2 EXOMUC 200 mg glé p sol buv : Sach/24

1 sachet le matin et le soir, pendant 6 jours.

40,00

3 EFFIPRED 20 MG

Prendre 2 et 1/2 comprimés le matin, pendant 5 jours.

115,00

4 AVAMYS 27,5 µg/pulvérisation susp p pulv nasal : FI/120doses

1 pulvérisation le matin et le soir, pendant 8 jours.

Puis 1 pulvérisation le soir, pendant 3 semaines.

47,00

5 CLARTEC SIROP

Prendre 2 mesures le soir, pendant 1 mois.

45,30

6 VENTOLINE 100 µg susp p inhal : FI/200d

Donner 2 bouffées le matin, à midi et le soir jusqu'à arrêt de la toux.

7 DOLIPRANE 500 mg cp efferv : 2T/8

1 cp à la demande

PPU 40DH00
EXP 08/2025
LOT 2401503

"MARMAGNE LES JARDINS
DE L'OCEAN BAY SRI AU
Route d'Azemmour Km 10
Dar Bouazza - Ca
Tél : 05 22 29
ur : 399369 - T.P. :

PPU: 79,90 DH
LOT: 650021
PER: 04/24



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 115,00 DH
ID: 650001
6 118001 142262

Uniquement sur ord

0661 - الدار البيضاء

120 Bd. Moulay Idriss 1^{er} - Tél: C. : 0522 860 259/60 - Gsm: 0661 265 599 -

Dr. Amal BOUD
PEDIATRE ALLER
120, Bd. Mx. Idriss
Tél : 05 22

Clartec

47,10