

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 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

- 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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-793137

1801139

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Royal Air Maroc

Matricule : 12617 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : N/A

Nom & Prénom : TIKLASS Nigene

Date de naissance : 01/03/1982

Adresse : Ress. Casa 11ème GH B imm 19 apt 82

RD Casablanca

Tél. : 0663084084 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتورة أمال بونغانما
Dr. Amal BONGHNAMA
PEDIATRE ALLERGOLOGUE
120, Bd. My. Idrisse 1er - Casa
Tél : 05 22 86 02 59

Date de consultation : 22 MARS 2023

Nom et prénom du malade : FABER

Age : 41 ans

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

Nature de la maladie : Procedura sth folia

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 : 08/04/2023

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

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
2-2 MARS 2023	12	⑤	300	INP : 091036160 الدكتورة أمل بوغنامة Dr. Amal BOUGHNAMA PEDIATRE ALLERGOLOGUE 120, Bd. My. Driss 1er - Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES: 05 22 86 02 59

PHARMACIE DE L'ESPERANCE
Nadia ELMANJRA BENCHEROUN
130, Bd My Driss 1er
Tél: 0522 86 22 45 - Casablanca

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	25/03/2023	139.20
	22/03/2023	70.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

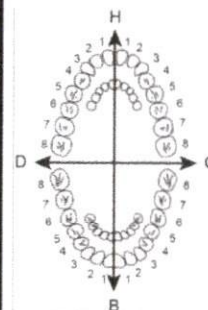
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

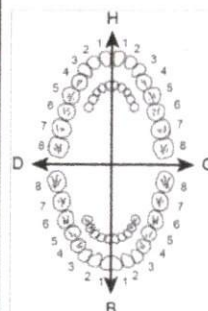
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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. Amal Boughnama

Pédiatre - Allergologue

Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامة

اختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع

أمراض الحساسية والربو

الطب المثيل

Casablanca, le 22.03.2023

Nourrisson FAZAZ Mamoun

Poids : 11,60 Kg

Age : 19 mois 3 jours

139,20.

1 PRIORIX pdre/solv p sol inj : FI+Ser0,5ml

Après guérison

70,60

2 AUGMENTIN 100 mg/12,5 mg p ml pdre p susp buv Enf : FI/60ml

2 boites

Prendre 12 doses le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours.

3 NURODOL N/ENF

12 doses 3 fois par jour pdt 4 jours

4 APIXOL SIROP ENFANTS

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

T=139,20.

الدكتورة أمل بوغنامة
Dr. Amal BOUGHNAMA
PEDIATRE - ALLERGologue
120, Bd. Moulay Idriss 1er - Cas
Tél : 05 22 86 02 59

PHARMACIE DE LA SECURITE
Nadia ELMANJRA BENCHEKROUN
130, Bd. Moulay Idriss 1er
Tél: 0522 86 22 45 - Casablanca

Priorix

Measles, mumps and rubella vaccine
Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole
Vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola
Powder and solvent for solution for injection
Poudre et solvant pour solution injectable
Polvo y solvente para solución inyectable
Subcutaneous use or intramuscular use
Voie sous-cutanée ou voie intramusculaire
Via subcutánea o vía intramuscular

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 139, 20 DH
ID: 651053
118001140923



1 dose/dosis (0.5 ml)

1 vial with powder + 1 pre-filled syringe
with solvent + 2 needles
1 flacon avec poudre + 1 seringue pré-remplie
avec solvant + 2 aiguilles
1 vial con polvo + 1 jeringa prellenada
con solvente + 2 agujas

Priorix

Trade marks owned or licensed by GSK
©2019 GSK or licensor

1 dose/dosis (0.5 ml)



enfant

**Poudre pour
suspension buvable
en flacon**

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN
100mg/12,50mg/1ml

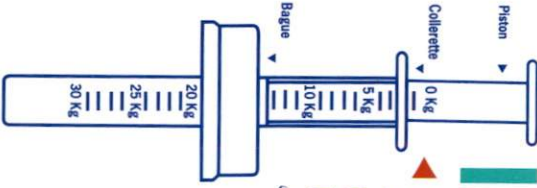
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN
100mg/12,50mg/1ml

enfant

1 dose-graduation n°.

3 fois/jour, à prendre de
préférence au début des re
pendant jours.

قيم 3 مرات في اليوم من الأفضل
في مدة...



PPV: 70,60 DH
HOT: 650041
PER: 07/2024

Liste I. Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

GlaxoSmithKline Maroc, Ain El Aouda, Région de Rabat.
Information médicale : GlaxoSmithKline Maroc, 42-44 Angle Bd F
Rue Abou Hamed Al Ghazali, Casablanca 20.000