

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-793137

1801139

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 19615

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : HIKLASS

Date de naissance : 01/03/1988

Adresse : Résidence Vieux Port Casablanca

ROC Hassan II Casablanca

Tél. : 0663084084

Total des frais engagés : Dhs

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Cachet du médecin :

الدكتورة بوعنامة
Dr. Amal BOUGHNAMA
PEDIATRE ALLERGOLOGUE
120, Bd. My. Idriss 1er - Casablanca

Date de consultation :

22 MARS 2023

Nom et prénom du malade :

FAYZIA BOUHABIB Age:

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Prurit localisé à la tête et le cou

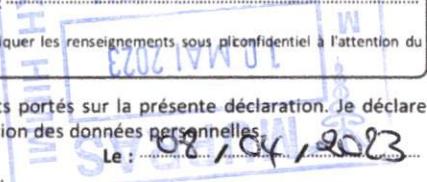
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

Signature de l'adhérent(e) :



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
22 MARS 2023	دكتورة امالي بوعنامة	4 300	INP : 091036160	Dr. Amal BOUGHNAMA PEDIATRE ALLERGOLOGUE 120, Bd. My. Idriss 1er - Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES : 05 22/86 02 59

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DEPUIS LE FOURNISSEUR Nadia ELMANJRA BENCHICHA 130 Bd My Driss 1er Tél: 0522 86 22 45 - Casablanca	25/03/2023	139.20
	22/03/2023	70.60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

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	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

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

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, le 22.03.2023

Nourrisson FAZAZ Mamoun

Poids : 11,60 Kg

Age : 19 mois 3 jours

139.20.

1 PRIORIX pdre/solv p solv inj : Fl+Ser 0,5ml

Après guérison



2 AUGMENTIN 100 mg/12,5 mg p ml pdre p susp buv Enf : Fl/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.

دكتورة أمل بوغنامة
Dr. Amal BOUGHNAMA
PEDIATRE ALLERGOLOGUE
120 Bd. Moulay Idriss 1er - Casablanca
Tél : 05 22 86 02 59

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

