

## 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 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

- 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 Étage 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° W21-798783

162370

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : \_\_\_\_\_

Matricule : 12647 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : MIRASS NISRINE

Date de naissance : 01/03/1988

Adresse : Rés. Casablanca GH B" imm 19 sept 82 RDC N° 2 Casablanca

Tél. : 0663084084 Total des frais engagés : 750 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 02 MAI 2023

Nom et prénom du malade : FABER Nassim Age : 34

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

Nature de la maladie : Allergie

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 : 05/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# 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
02 MAI 2023		1	300	INP : 091036160 الدكتورة أمال بوشامة Dr. Amal BOUGHNAMA MÉDIATRE ALLERGOLOGUE 20, Bd My. Idrisse 1er - Cas Tél : 05 22 86 02 50

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA SECURITE Nadia EL CHEKROUN 130, Bd My. Idrisse 1er Tél: 0522 86 22 45 - Casablanca	02 05 23	447,10 DHS

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

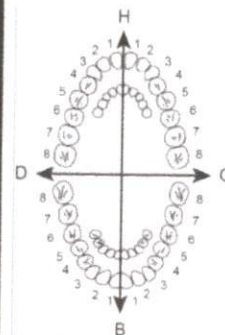
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

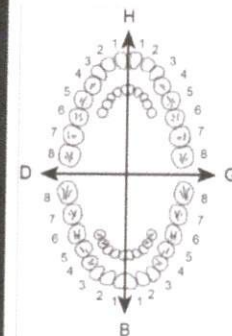
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

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

PHARMACIE DE LA SPECIALITE  
No. 120 Bd. Moulay Idriss 1er - Casa  
Tel: 0522 86 259/60

الدكتورة أمل بوغنامة

اختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع  
أمراض الحساسية والربو  
الطب المثيل

Casablanca, le 02.05.2023

Nourrisson FAZAZ Mamoun

Poids : 11,35 Kg

Age : 20 mois 13 jours

1 VARIVAX pdre/solv p susp inj : FI pdre/1



2 FUCIDINE 2 % crème : T/15g

Faire 1 application le matin et le soir, pendant 8 jours.



3 CICADERMA pom : Tube/30g

Faire 1 application le matin et le soir, pendant 8 jours.



الدكتورة أمل بوغنامة  
Dr. Amal BOUGHNAMA  
PEDIATRE ALLERGOLOGUE  
120, Bd. Moulay Idriss 1er - Casa  
Tel : 05 22 86 259 60

**Fucidine® 2%**  
pommade Tube de 15 g

39,70

**BOTTU SA**  
PPV: 43 DH 40

**Pommade**  
30g

Titulaire de l'AMM et fabricant/  
صاحب رخصة التسويق والمصنع  
Merck Sharp & Dohme Corp.  
770 Sumneytown Pike, P.O. Box 4  
West Point, Pennsylvania, 19486,  
Etats-Unis/الولايات المتحدة الأمريكية  
Formulation réfrigérée stable.

**Libéré par/**  
يتم إصدار الترخيص من قبل  
Merck Sharp & Dohme BV  
Waarderweg 39, P.O. 581  
2031 BN, 2003 PC Haarlem  
Pays-Bas/هولندا

VARIVAX® vaccin  
Suspension injectable  
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml  
PPV: 364.00 DH  
AMM N°: 789/16DMP/21/NSF  
Distribué par MSD Maroc



70071295/00-1  
4979

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

**VARIVAX®**

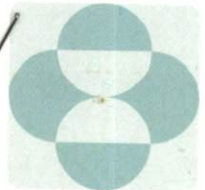
(Virus de la varicelle vivant atténué  
[souche Oka/Merck])

Un flacon unidose de 0,5 ml de vaccin en poudre et  
un flacon unidose 0,7 ml de solvant stérile pour  
reconstitution.

يحفظ بعيداً عن متناول ومراى الأطفال

**فاريفاكس®**

فيروس داء الحصا حي موهن سلالة أوكا / ميرك  
قارورة ذات جرعة واحدة 0,5 مل من مسحوق اللقاح  
وقارورة ذات جرعة واحدة 0,7 مل من مخفف لإعادة التشكيل



**VARIVAX®**

(Virus de la varicelle vivant atténué [souche Oka/Merck])  
Un flacon unidose de 0,5 ml de vaccin en poudre et un flacon  
unidose 0,7 ml de solvant stérile pour reconstitution.

**فاريفاكس®**

فيروس داء الحصا حي موهن سلالة أوكا / ميرك  
قارورة ذات جرعة واحدة 0,5 مل من مسحوق اللقاح وقارورة ذات جرعة واحدة 0,7 مل من مخفف لإعادة التشكيل

