

## 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.

#### **Rental**

- 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.
  - Le radiogramme est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

#### **Maladie et Affection Longue Durée AID et AIC :**

- 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)



## Déclaration de Maladie

Nº W21-798783

162370

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	Société : Royal Air Maroc		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MIRKASS NTSRINE			
Date de naissance :	01/03/1988		
Adresse :	RÉSID CASA VIEU GH "B" imm Agapit 82 RDC N°0002 Casablanca		
Tél. :	0663084084 Total des frais engagés : 750 Dhs		

Autorisation CNDPP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	الدكتورة أمال بوعنامة Dr. Amal BOUGHNAMA EDIATRE ALLERGOLOGUE 20, Bd. My. Idrissé 1er Casablanca Tél. 05 22 86 02 59
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	02 MAI 2023
Nom et prénom du malade :	FA 8A8 Aissa N.
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Vaccination
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.	8203 770 92

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 : Lamballe

**Signature de l'adhérent(e) :** ..... 

5

### 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
02 MAI 2023	dl	60	300	INP : 091036160 الدكتورة أمال بوعنامة Dr. Amal BOUGHNAMA 'EDIATRE ALLERGOLOGUE 20, Bd My. Idriss 1er - Casablanca Tél : 0522 86 22 45 - Casablanca INPE : 092052703

### EXECUTION DES ORDONNANCES

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

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

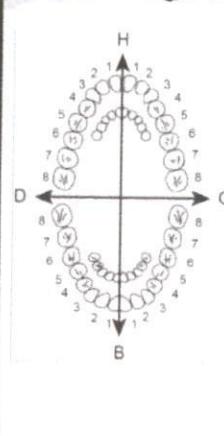
### AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

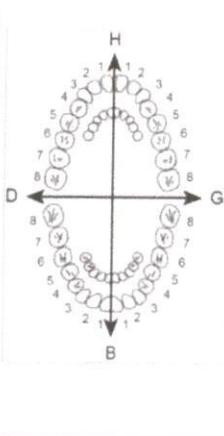


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[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 Bougnama*

Pédiatre - Allergologue

Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامة

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع  
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 : Fl pdre/1

*36.40*

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.

*39.70*

*43.40*

*447.10*



الدكتورة أمل بوغنامة  
Dr. Amal BOUGHNAMA  
PEDIATRE ALLERGOLOGUE  
120, Bd. My. Idriss 1<sup>er</sup> - Casablanca  
Tel : 05 22 86 02 59

**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 Sunnystown Pike, P.O. Box 4  
West Point, Pennsylvania, 19486,  
Etats-Unis / الولايات المتحدة الأمريكية

Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/

يتم إصدار التشغيلية من قبل

Merck Sharp & Dohme BV  
Waarderweg 39, P.O. 581  
2031 BN, 2003 PC Haarlem  
Pays-Bas / هولندا

VARIVAX® vaccine

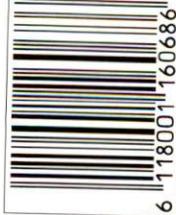
Suspension injectable

Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml

PPV: 364.00 DH

AMM N°: 789/160/MP/21/INSF

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.

حفظ بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال

**فاريفاكس®**

فروزن داء الحماق هي موافق سلامة أوكا / ميرك

فإرورة ذات جرعة واحدة 0,5 مل من مسحوق اللقاح  
وإرورة ذات جرعة واحدة 0,7 مل من مخفف لإعادة التشكيل

**MSD**

**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®**

فروزن داء الحماق هي موافق سلامة أوكا / ميرك

فإرورة ذات جرعة واحدة 0,5 مل من مسحوق اللقاح وفإرورة ذات جرعة واحدة 0,7 مل من مخفف لإعادة التشكيل

