

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 Etape Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon



Déclaration de Maladie

N° W21-778217

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **12291** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **AMINE**

Nom & Prénom : **BOUKDOR**

Date de naissance : **10-03-1981**

Adresse : **SIEGE CASA/ANFA**

Tél. : **0672667586** Total des frais engagés : **163397**

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : **Myriam TIR NAJI**

Cachet du médecin : **ALLERGologue**
Ghandi 336, Bd Ghandi
(Angle Route d'El Jadida) Oudjda - Casablanca
Tél: 0520 00 47 20 - 0770 00 04 84

Date de consultation : **25/04/2023**

Nom et prénom du malade : **Ali Boukobar** Age : **42**

Lien de parenté : **Le même** ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **ALLERGIE**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **02 JUIN 2023**

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CASA** Le : **07/05/23**

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
25/04/23	C		300.000	INP : 10911228528

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/4/23	328.10

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
		A M	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr . Myriam TIR-NAJI
Allergologue

Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier

Diplômée en Allergo-Anesthésie de la Faculté de
Médecine de Montpellier

Maladies Allergiques "Adultes et Enfants"

- Allergies Respiratoires (Asthme, Rhinite)
- Allergies Alimentaires
- Allergies Médicamenteuses

Cutanés - Immunothérapie
pécifique



CABINET D'ALLERGOLOGIE

عيادة طب الحساسية

الدكتورة مريم الطير الناجي
طب الحساسية

خريجة كلية الطب بمونبيلييه

خريجة كلية الطب بمونبيلييه
في حساسية التخدير

أمراض الحساسية "الكبار والأطفال"

- الجهاز التنفسي (الربو ، التهاب الأنف)
- الحساسية الغذائية
- الحساسية الدوائية

قياس التنفس - اختبارات الجلد
العلاج المناعي المحدد

Casablanca, le

24/04/23

73,40 enfant Bouktoun Ali

73,40

1/ Enlucy

11.481 j le soir pt 1

2/ Avamys spray

14p. 1 pulvérisation le soir pt 1 mois

3/ Salfe 125

1 bouffée \rightarrow matin
soin



LOT: GB20587
PER: 02/2024
PPV: 140 DH 00

Chandi Offices. 236, Bd Chandi (Angle Rte d'El Jaa

+212 770 000 436

+212 522 98 62 27

#> Bien se rincer la bouche et boire
de l'eau après

Dr. Myriam TIR NAJI

ALLERGOLOGUE

Ghandi Offices, 250, Bd Ghandi
(Angle Route d'El Jadida) Oasis - Casablanca
Tél: 0520 00 47 20 - 0770 00 04 36