

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

- 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'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-497648

ND: 14278

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 07452			
Société : Royal Air Maroc			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Tarek Cheliat			
Date de naissance : 03 / M / 1963			
Adresse : F. Rue Mohamed El Yazidi (ex Rhodes) - Quartier des Hôpitaux - Casablanca			
Tél. : 06613100 05 Total des frais engagés : 1498,40 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Dr Amal BOUGHNAMA Pédiatre Allergologue 120, Bd. Moulay Idriss 1er
Date de consultation :	10.12.18
Nom et prénom du malade :	é Haliat Malak
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	<input type="checkbox"/> Conjoint
Age : 17	
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.	
Fait à : Casablanca	
Le : 27 DEC. 2019	

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 : 27 DEC. 2019

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
05/12/2019	U +	250	INP : 091036160	Dr. Amal BOUGHNAMA Pédiatre Allergologue 120, Bd. Moulay Idriss 1er
17 DEC 2019	U +	0	0	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL HIKMA	05/12/2019	113,10
PHARMACIE AL HIKMA	05/12/2019	135,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

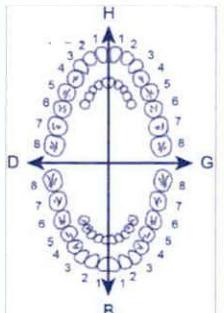
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE AL HIKMA			

AUXILIAIRES MEDICAUX

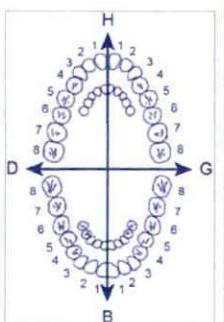
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



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

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

Dr. Amal Boughnama

Pédiatre - Allergologue
Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنام

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع
أمراض الحساسية والريبو
الطب المثيل

Casablanca, le 14.12.2019

Enfant CHELIAT Malak

Poids : 17,00 Kg

Age : 5 ans

135,00

TYPHIM VI sol inj : Ser preremp/u, 1ml

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Typhim vi inj b1 ser 1 dose
P.P.V : 135,00 DH

6 118001 080168



PPV 21DH20

EXP 05/2022
LOT 930115

LOT: 0039
EXP: JUN 2020
PPV: 40,50 DH

30 g

الدكتورة أمel بوعنامة

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع
أمراض الحساسية والربو
الطب المثيل



T Malak
Ag... 11 mois

21,20

1 COTRIM SIROP

32,95

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



2 FLAGYL SUSPENSION

40,50

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

3 EFFICORT HYDROPHILE 0,127 % crème : T/30g

28,50

Faire 1 application le matin et le soir, pendant 6 jours.

4 HEPAR SULF.CALC. 15CH TU GRAN.

10 granules à répéter après 12 heures, 3 fois



113,70

