

# 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.

## Biologie 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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 066737  
N°D: 34839

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7300 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Tsouli Med Ghali  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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 : Le : / /  
Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-066737

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de											



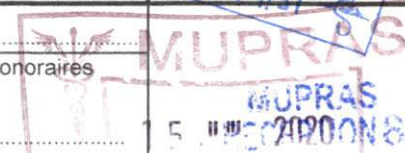
W18-359518

DATE DE DEPOT

7.07.2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 7300
Nom & Prénom		Bouli Touh	
Fonction	Phones	06118168	
Mail		bouli.m.h@royalair.ma	
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age 12	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
		04 MAR. 2020	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
02		+	250
PHARMACIE		Date 04.03.2020	
Montant de la facture		764,90	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
	MUPRAS		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr. Amal BOUGHNAMA  
Pédiatre Allergologue  
29. Bd. Moulay Idriss



ACCUEIL

Dr. Amal Boughnama

Pédiatre - Allergologue  
Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامة

اختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع  
أمراض الحساسية و الربو  
الطب المثيل

PPV: 138,30 DH  
LOT: 612486  
PER: 02/21

Casablanca, le 04.03.2020

Enfant TSOULI Med Ghali

Age : 11 ans 8 mois

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Tetrixim inj b1 ser 1 dose  
P.P.V : 144,00 DH



EFFIPRED 20 mg

PPV 58DH40  
EXP 09/2022  
LOT 96017 9

144,00  
1 TETRAXIM

243,00  
3 SYMBICORT TURBUHALER 200/6µg pdre p inhal : FI/120Doses+embout buccal

Donner 2 bouffées le matin et le soir, pendant 3 mois.

45,30  
2 VENTOLINE 100 µg susp p inhal : FI/200d

Donner 2 bouffées le matin, à midi et le soir, jusqu'à arrêt de

58,40  
4 EFFIPRED 20 MG

Prendre 2 et 1/2 comprimés le matin, pendant 5 jours.

138,30  
5 AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg cp pellic adulte : B/16

Donner 1 comprimé le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours.

6 MIFLASONE 200 µg pdre p inhal en gel : B/60

1 gélule à inhaler deux fois par jour pdt 10 jours

PPV 45,30 DH  
Aérosol 200 doses  
VENTOLINE 100 mcg

VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

PPV 45,30 DH  
Aérosol 200 doses  
VENTOLINE 100 mcg

SYNTHEMEDIC  
22 rue roubair bna al soum roches  
noires casablanca  
SYMBICORT TURBUHALER

100µg par dose Pdre p inh  
Fiacon de 120 doses

103/14 DMP/21NRO P.P.V : 243,00 DH  
6 118001 020928

الدكتورة أمل بوغنامة  
Dr. Amal BOUGHNAMA  
PEDIATRE ALLERGOLOGUE  
120, Bd M. Idriss 1er - Casa  
Tél: 06 61 26 55 99

120. شارع مولاي إدريس الأول - الهاتف - عيادة: 05 22 86 02 59/60 محمول: 06 61 26 55 99 - الدار البيضاء  
120, Bd, Moulay Idriss 1er - Tél.: C.: 05 22 86 02 59/60 - Gsm: 06 61 26 55 99 - CASABLANCA

*Dr. Amal Boughnama*

Pédiatre - Allergologue  
Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامة

اختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع  
أمراض الحساسية و الربو  
الطب المثيل

Casablanca, le ..... 04.03.2020

Enfant TSOULI Med Ghali

Age : 11 ans 8 mois

TETRAXIM

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Tetraxim inj b1 ser 1 dose  
P.P.V : 144,00 DH



الدكتورة أمل بوغنامة  
Dr. Amal BOUGHNAMA  
PEDIATRE ALLERGOLOGUE  
120, Bd. Mv Idriss 1er, Casa  
Tél. 022 86 02 59