

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-548469

ND = 35467

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **12327**

Société :

**RAN**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **MDABHRI FILALI NOUNIN**

Date de naissance :

**01/09/1985**

Adresse :

**Res ALFI NDAOUD GH 95 ALY APP 92  
OULFA CASA**

Tél. :

**0661087775**

Total des frais engagés : **330 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**DOCTEUR NSSIF BOUJEDD  
PEDIATRE  
190, Rue Mustapha El MAST 2020  
CASABLANCA**

Date de consultation :

**13/07/2022**

Nom et prénom du malade :

**MADGHIZI FAYEL RAYAN**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Le Sulfate + Acétaminophen**

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 : **01/08/2022**

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
18/7/2008	C8	1	250	INP : 071780100 Dr. M. BOUJEMA Docteur M. BOUJEMA ESTATE 100, Rue Mustapha El Maâni CASABLANCA

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
05 22 75 56 06 GRALBAUD HAY EL QOSS 18/7/2008	18/7/2008	8000

### 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

### RELEVE 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	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

**Docteur YSSEF Boujema**

**PÉDIATRE**

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Grenoble

Echographie

Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Montpellier

D.U. Pédiatrie en Maternité  
Faculté de Médecine Paris-Sud

190, Rue Mostafa El Maâni. Casablanca

**الدكتور يوسف بوجمعة**

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

خريج كلية الطب باكرا

الفحص بالصدى

خريج ممتاز من كلية الطب بمونبولي

طب الطفل عند الولادة

كلية الطب - باريس

زنقة مصطفى المعاني. الدار البيضاء 190

Tél. Cabinet { 05 22 20 72 10  
                  { 05 22 22 01 46  
                  { 05 22 22 21 48      هاتف العيادة

GSM : 06 68 79 27 94      المتنقل :

Sur rendez-vous      بالموعد

Casablanca, le

18/07/2020      الدار البيضاء، في

MADGHARI - FICAL, RAYAN

8000

Enseignement



PLAKATE FILIAL 3445  
Aut. 000 2242  
30. GR. AL BAIADA HAY EL QODA  
CASABLANCA  
Tel: 05 22 75 56 00

دكتور يوسف بوجمعة  
PEDIATRE  
190, Rue Mostafa El Maâni  
CASABLANCA



# Engerix-B 10

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda  
Région de Rabat

PPV : 80,00 DH



rDNA hepatitis B vaccine  
Vaccin contre l'hépatite B ADNr  
Vacuna antihepatitis B ADNr



Suspension for injection :  
intramuscular use  
Suspension injectable :  
voie intramusculaire  
Suspensión inyectable :  
vía intramuscular

ID : 616646

enfant /  
rica

1 dose/dosis (0,5 ml)

Prefilled syringe (1 dose) + 1 needle  
Seringue préremplie (1 dose) + 1 aiguille  
Jeringa precargada (1 dosis) + 1 aguja

LOT/MFD/EXP :  
AHBVC744AB  
02-2018  
01-2021