

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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



Déclaration de Maladie

Nº W19-536719 *12579*

NP 32816

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *12579*

Société : *R.A.M.*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *ABOULFAIDA, AMAL*

Date de naissance : *14/10/1983*

Adresse : *Ville verte Bouskoura*

Tél. : *0661 6694 90*

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Amal BOUGHNAMA
Pédiatre Allergologue
120, Bd. Moulay Idriss 101

19 AOUT 2020

MUPRAS
ACCUEIL

Date de consultation : *15-06-2020*

Nom et prénom du malade : *ABOULFAIDA*

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) :

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
15-06-2018	④	250	→ 1525,30	INP : INP-091036160 Dr. Amal BOUGHNAMA Pédiatre Allergologue 20, Bd. Moulay Idriss 1er

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE SECURITE</i>	15/06/18	1525,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

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.

		MONTANTS DES SOINS
		DEBUT D'EXECUTION
		FIN D'EXECUTION
		Coefficient DES TRAVAUX
		MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Dr. Amal Boughnama

Pédiatre - Allergologue
Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامة

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع
أمراض الحساسية والريو
الطب المثيل

15.06.2020

Casablanca, le

Nourrisson ABOULFAIDA Majd

Poids : 6,85 Kg

Age : 3 mois 28 jours

111.-

1 HEXAXIM VACCIN

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
HEXAXIM 0.5ML 1F 2
AIG SP
P.P.V: 411,00 DH

Barcode
6 118001 082063

252.

2 ROTARIX

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 252,00 DH
ID : 644453R2
Barcode
6 118001 142323

814.-

3 PREVENAR 13 susp inj : 1Ser avec aig/0,5ml

PREVENAR 13 SUSP INJ
P.P.V: 814DH00
Barcode
6 118001 171057

8.6-

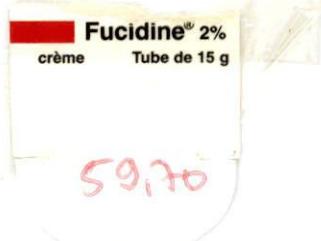
4 DOLIPRANE 100 mg suppos sécable : B/10

1 suppo à 19 heures et 1 suppo demain matin

79.7-

5 FUCIDINE 2 % crème : T/15g

Faire 1 application le matin et le soir, pendant 8 jours.



الدكتورة أمل بوغنامة
Dr. Amal BOUGHNAMA
PEDIATRE ALLERGOLOGUE
120, Bd. My. Idriss 1er - Casablanca