

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-518782

ND = 19884

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7238

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EDDY GUYON

Axa 3827

Date de naissance :

02/01/69

Adresse :

V217 350 DAN BOUZZA

Tél. :

021370030

Total des frais engagés :

608,50

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

/ /

Nom et prénom du malade :

Age :

Enfan

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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'adjudicatif conseil de la Mutuelle.

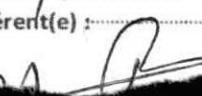
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

05/02/2020

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

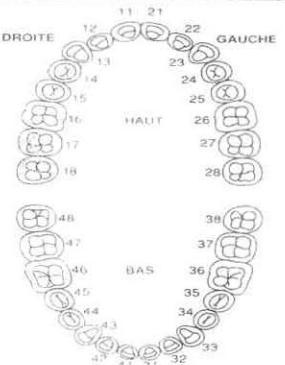
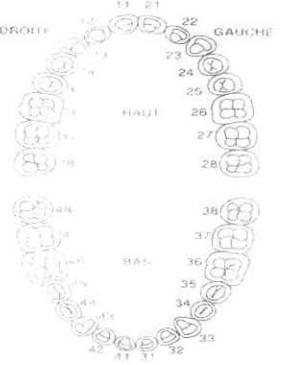


# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
				<b>Coefficient des travaux</b>  <b>Montant des soins</b>  <b>Début d'exécution</b>  <b>Fin d'exécution</b>
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>  <b>Montant des soins</b>  <b>Date du devis</b>  <b>Fin d'exécution</b>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	(Création, Remont, adjonction) fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	
VOLET ADHERENT	NOM	Mme		
DECLARATION N°	<b>P 17/0056577</b>			
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces jointes		
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle				



**P 17/0056577**

**DATE DE DEPOT**

1 / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mme 7258	
Nom & Prénom: OUDGHIRI ANA SIT		Fonction: CDQ   Phones: 066137032	
Mail: anasoud@royalairmaroc.com		MEDECIN   Prénom du patient: OUDGHIRI SALTIA	Date: 17 JAN. 2020
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/> Age:		Date première visite:	
Nature de la maladie: Cému buclite			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances:			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
L5		(+)	250
PHARMACIE		Date: 17/01/2020	
Montant de la facture:		358,20	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date:	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date:	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

**Dr. Amal BOUGHAMA**  
Pédiatre Allergologue  
120, Bd. Moulay Idriss 1er

**PHARMACIE LES JARDINS**  
DE L'OCEAN MARRAKESH SIDI KACIR  
Route de Benmoula Km 15  
Dar Bouazza 21 Casablanca 29029  
Tél: +212 39936911 - 32960411

# Dr. Amal Boughnama

Pédiatre - Allergologue

Homéopathe

**PHARMACIE LES JARDINS**  
DE L'OCEAN DAY Sarl Au  
Route d'Azenaymour Km 15  
Dar Bouazza - Casablanca  
Tél : 05 22 29 02 79  
RC : 399369 T.P. : 32960411

# الدكتورة أمل بوغنام

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

أمراض الحساسية والربو

الطب المثيل

Casablanca, le .....

17.01.2020

Enfant OUDGHIRI Salma

Poids : 32,00 Kg

Age : 9 ans 6 mois

49,00

1 HIVERNEX SACHET



Prendre 1 sachet le matin et le soir, pendant 2 jours.

36,00

2 NASONEX PETIT MODÈLE

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

8,40

SOLUPRED 20 mg cp efferv : FI/20

2 et 1/2 comprimés le matin, pendant 3 jours.

TOPLEXIL 0,33 mg/ml sirop : FI/150ml av gob dos

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

5 BRUFEN SUSPENSION

Donner 2 mesures le matin, à midi et le soir.

6 ZECLAR 25mg/ml glé p susp buv : FI/100ml

Prendre 32 doses/kg le matin et le soir, pendant 5 jours.

98,90

358,20

LOT 058474/FC2  
08/2022 P.P.C 49,00

NASONEX 50 µg/dose  
Suspension pour pulvérisation  
Flacon de 120 doses  
P.P.V: 136,20 DH  
Distribué par MSD Maroc

TOPLEXIL  
SIROP FL 150 ML  
P.P.V : 150DH  
6 118000 060901

Maphar  
Km 10, Route Côtier 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Zeclar 25mg/ml glé susp buv  
P.P.V : 98,90 DH

6 118001 182862

الدكتورة أمل بوغنام  
Dr. Amal BOUGHNAMA  
PEDIATRIST ALLERGOLOGUE  
120, Bd. Moulay Idriss 1er - CASABLANCA