

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.



Declaration 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 : BUDGHI M AIA 885

Date de naissance : 02/01/65

Adresse : V217 JDO DAN BOUATZA

Tél. : 0661370030 Total des frais engagés : 608,20

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

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

VOLET ADHERENT	NOM	Mle
DECLARATION N° P17/0056577		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P17/0056577

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 7258
Nom & Prénom OUDDSHIRI ANASSE		
Fonction CDR	Phones 066137432	
Mail anassad@ROYALAIRMAROC.COM		
MEDECIN	Prénom du patient OUDDSHIRI SALMA	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>
Age		Date 17 JAN 2020
Nature de la maladie		Date 1ère visite
Crem Bouclite S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
LS	+	250
PHARMACIE		Date 17/01/2020
Montant de la facture		358,20
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date		
Designation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date		
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires

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

PHARMACIE DES JARDINS
 DE LOUJAN BAY SAR LAU
 Route d'Agadir - Casablanca
 Dar Boulouk - Tel: 05 22 29 02 79
 RC: 399369 1A: 32560411

Dr. Amal Boughnama

Pédiatre - Allergologue ,
Homéopathe

PHARMACIE LES JARDINS
DE L'OCEAN VAY Sarl Au
Route d'Azzamour Km 15
Dar Bouazza - Casablanca
Tél : 05 22 29 08 79
RC : 399369 1.P. : 32960411

الدكتورة أمل بوغنامة

اختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع
أمراض الحساسية و الربو
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.

126.20
2 NASONEX PETIT MODÈLE

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

58.40
SOLUPRED 20 mg cp efferv : FI/20

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

157
TOPLEXIL 0,33 mg/ml sirop : FI/150ml av gob dos

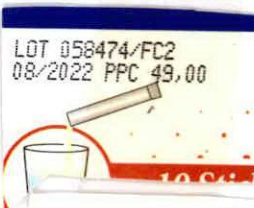
1 mesure le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours.

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.



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



الدكتورة أمل بوغنامة
Dr. Amal BOUGHNAMA
Pédiatre - Allergologue
120, Bd. Moulay Idress 1er - Casablanca
Tél : 05 22 29 08 79