

## 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

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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-607874

82874

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12751

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

MAATOU QUI AHKAR

Date de naissance :

18-11-85

Adresse :

Les Mergana, 161 Jam Amel, CALIXTE ME, CASAB

Tél. :

0661293618

Total des frais engagés :

450,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتورة أمل بوغنامة  
Dr. Amal BOUGHNAMA  
PEDIATRE ALLERGOLOGUE  
120, Bd. My. Idrisse 1er - Casa  
Tél : 022.86.02.59

Date de consultation :

28 JUIN 2021

Nom et prénom du malade :

MAATOU QUI AHKAR

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Toux et Pneumonie

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 :

CASA

Signature de l'adhérent(e) :

30/08/2021

Le : 30/08/2021

RELEVÉ 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
28 JUIN 2021	ll	(5)	250	INP : INP : 09103616 کتورہ اہل بوغنامہ Dr. Amal BOUGHNA

INP : INP : 091036160

الدكتورة أمل بوغنامة  
Dr. Amal BOUGHNAMA  
PEDIATRE ALLERGOLOGUE  
120, Bd My. Jassie 1er - Casa  
Tel. 022.86.02.59

EXECUTION DES ORDONNANCES		PEDIGREE N° 101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120, Bd. My. Idjisse 1er- Tel: 922.86.02.59
Cacher au Pharmacie ou au Laboratoire	Date	Montant de la Facture
Route 1029 Ouled Saïd - Casablanca Tel: 05.22.21.90.07	28/06/21	485,30
Route 1029 Ouled Saïd - Casablanca Tel: 05.22.21.90.07	28/06/21	92,50

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

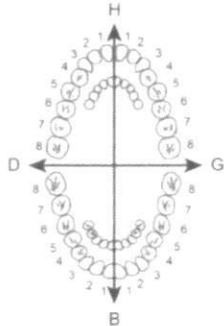
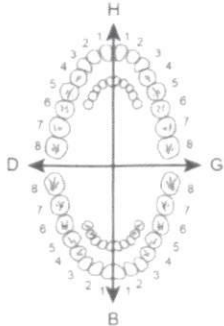
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<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> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction)											
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession												
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>									
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

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

INP: | | | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



*Dr. Amal Boughnama*

Pédiatre - Allergologue  
Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامة

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

28.06.2021

Casablanca, le .....

Nourrisson MAATOUQUI Joulia

Poids : 11,40 Kg

Age : 20 mois 4 jours

28510

1 TIPS HALLER PÉDIATRIQUE

Chambre d'inhalation

4530

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

Donner 2 bouffees le matin, à midi et le soir. jusqu'à arrêt de la toux.

12510

3 FLIXOTIDE 125 µg/dose susp p inhal : FI/120d

Donner 2 bouffees le matin et le soir, pendant 20 jours.

Puis donner 1 bouffee le matin, 2 le soir, pendant 20 jours.

Puis donner 1 bouffee le matin et le soir, pendant 20 jours.

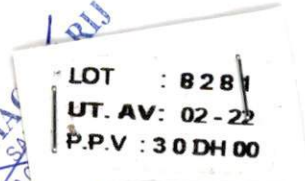
30w

4 BETASTENE GOUTTES

Prendre 110 gouttes le matin, pendant 2 jours.



128106181



الدكتورة أمل بوغنامة  
Dr. Amal Boughnama  
PÉDIATRE - ALLERGOLGUE  
120, Bd. M. Moulay Idriss 1er - Casa  
Tél: 022 86 02 59

28.06.2021

Nourrisson MAATOUQUI Joulia

Poids : 11,40 Kg

Age : 20 mois 4 jours

18.50  
1 DROSERA 15CH TU GRAN.

10 granules au coucher, pendant 8 jours.

18.50  
2 BELLADONNA 9 CH

12 granules dans un peu d'eau en 3 à 4 fois par jour

18.50  
3 CUPRUM MET. 5CH TU GRAN.

12 granules ds un peu d'eau en 3 ou 4 fois par jour pdt 15 jours

18.50  
4 IPECA 9CH TU GRAN.

3 granules 3 fois par jour pdt 15 jours

18.50  
5 MERCURIUS SOLUB. 9CH TU GRAN.

12 granules dans un peu d'eau en 3 ou 4 fois par jour

T=92.50

24.06.2021  
Dr. AMOUCHE  
PEDIATRE  
12, Bd. M. EL KHAYAT  
Tél: 022.86.02.59

PHARMACIE ARIJ  
SARL AU  
Rue 1029 Ouled Saïd - Calitomie  
Tél: 05 22 21 98 07 - Casa  
Blanca