

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

N° W21-607874

82874

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12751

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : M'HATOU QUI

ACTICAF

Date de naissance : 18-11-85

Adresse : Les Mayara (Bel Damane)

CAJERENNE, CASA

Tél. : 06 61 29 36 18

Total des frais engagés : 450,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتورة أمel بوعنامة  
Dr. Amal BOUGHNAMA  
PEDIATRE ALLERGOLOGUE  
120, Bd. My. Idriss 1er - Casa  
Tél : 022.86.02.59

Date de consultation : 28 JUIN 2021

Nom et prénom du malade : RAAOUQUI

Age :

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Toux x Maladie respiratoire

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

Le : 30/08/2021

Signature de l'adhérent(e) : 30/08/2021

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



82874

| 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  |
| 28 JUIN 2021                   |                   |                       | 250                             | INP : INP : 091036160<br>الدكتور أمثل بوعنامة<br>Dr. Amal BOUGHNAMA<br>PEDIATRE ALLERGOLOGUE<br>120, Bd My. Idresse 1er - Casa<br>Tel: 022.86.02.59 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur   | Date     | Montant de la Facture |
| PHARMACIE ARIJ<br>Route 1029 Oued Sidi El Othman<br>Tel: 05.22.21.90.07 - Casablanca<br>S.A.R.L AU<br>PHARMACIE ARIJ<br>Route 1029 Oued Sidi El Othman<br>Tel: 05.22.21.90.07 - Casablanca<br>RC : 361421 | 28/06/21 | 485,30                |
|   | 28/06/21 | 92,50                 |

| 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 |                                 |
|                                    |                |        |    |                                 |
|                                    |                |        |    |                                 |
|                                    |                |        |    |                                 |

| 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. |                |                  |             |                            |
| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|  |                |                  |             |                            |
|  |                |                  |             |                            |
|  |                |                  |             |                            |
|  |                |                  |             |                            |
|  |                |                  |             |                            |
|  |                |                  |             |                            |
|  |                |                  |             |                            |
|  |                |                  |             |                            |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                |                  |             |                            |
| H  | 25533412       | 21433552         |             |                            |
| D  | 00000000       | 00000000         |             |                            |
| B  | 00000000       | 00000000         |             |                            |
|  | 35533411       | 11433553         |             |                            |
| (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession                                       |                |                  |             |                            |
|  |                |                  |             |                            |
|  |                |                  |             |                            |
|  |                |                  |             |                            |
|  |                |                  |             |                            |
|  |                |                  |             |                            |
|  |                |                  |             |                            |
| 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**

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع  
أمراض الحساسية والربو  
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

45 30

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

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

125 10

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

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

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

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

30W

4 BETASTENE GOUTTES

Prendre 110 gouttes le matin, pendant 2 jours.



GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 125,00 DH  
ID: 645659  
6 118001 140329

LOT : 8281  
UT. AV: 02-22  
P.P.V : 30 DH 00

الدكتورة أمل بوغنامة  
PEDIATRE  
120, Bd. Moulay Idriss 1er - Casablanca  
Tel: 0522 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



PHARMACIE ARIJ  
SARL AU  
S.A.R.L. Au  
Route 1029 Ouled Said - Casablanca  
Tél. 0522.19.00.7 - Casablanca  
Tél. 0522.19.00.7 - Casablanca  
Tél. 0522.19.00.7 - Casablanca