

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-713526

118275



Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12251

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MANTOURI ACHOUR

Date de naissance :

18 - 11 - 1985

Adresse :

Les math joud, Bd Jemâa, Casablanca

Tél. : 06 61 29 36 18

Total des frais engagés : 429,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتورة أمال بونحنا
Dr. Amal BOUGHNA
EDIATRE ALLERGOLOGUE
20, Bd. My. Idriess 1er Cas
Tél : 05 22 86 02 59

Date de consultation :

23 MAI 2022

Nom et prénom du malade :

RAJTOU QU JOURIA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

GEN

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 : 24/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
23 MAI 2017	12	4	255	INP : 091036160 دكتورة نهل بوخناص Dr. Ameen BOKHNAS

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		CLINIQUE ALLERGOLOGIQUE 30, Bd. My. Idrissé 1er - Casablanca
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	T.A.F. 15.20.86.02.59 Montant de la Facture
 23/05/2022		 779.-

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																					
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	Nature des Soins (List of treatment types: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	Coefficient (List of coefficients: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	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"/>																	
				ODF PROTHESSES DENTAIRES 																	
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
				H																	
				25533412	21433552																
				00000000	00000000																
D																					
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
B																					
[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																					

Dr. Amal Boughnama

Pédiatre - Allergologue

Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامة

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

أمراض الحساسية والربو

الطب المثيل

Casablanca, le 23.05.2022

Enfant MAATOUQUI Joulia

Poids : 13,10 Kg

Age : 2 ans 6 mois

32.30

1 FLAGYL SUSPENSION



FLAGYL 4%
SUSP BUV FL 120 ML
LOT : 21EB051
PER : 10/10/2023
P.P.V : 32DH90
6 118000 060390

99,-

2 PRODEFEN SACHET



Prendre 1 sachet par jour, pendant 3 jours.

28,10

3 VOGALENE 0,4 % sol buv : Fl/30ml



Lot : 121514
Date de Fab : 09.2021
Date de Pér : 09.2023
PPC : 99 Dhs

121514
09.2021
09.2023

4 BOISSONS ABONDANTES ++++++



En petites quantités

19,-

5 DOLIPEDIATRIQUE SUSPENSION

28,10
27,10

13.5 doses si la température dépasse 38.2°

19,00

6 NURODOL N/ENF

13 doses si forte fièvre

T: 179,-

PHARMACIE ARIJ
SARL AU
Route 1029 Ouled Saïd - Californie
Tél: 05 22 21 90 07 - Casablanca
Tél: 05 22 21 90 07 - Casablanca
P.C. 361421

الدكتورة أمل بوغنامة
Dr. Amal BOUGHNAMA
PEDIATRE ALLERGOLOGUE
129, Bd. M. Idriss 1^{er} - Casablanca
Tél : 05 22 86 02 59

120 شارع مولاي إدريس الأول - الهاتف - عيادة: 0522.860.259/60 - الدار البيضاء

120 Bd. Moulay Idriss 1^{er} - Tél: C. : 0522 860 259/60 - Gsm: 0661 265 599 - CASABLANCA