

# 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

- 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](http://www.mupras.com)

118598

## Déclaration de Maladie : N° P19-0015818

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12040

Société :

Ram

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Kaddouzi Zineb

Date de naissance :

Adresse :

Albi Jellal

Tél. :

0522 912681

Total des frais engagés :

390,90

Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور امالي بوخناصا  
Dr. AMAL BOUZHNAAMA  
PEDIATRE AUERGOLOGUE  
120, Bd. My. Driss 1er - Casablanca  
Tél : 05 22 06 02 59

Date de consultation : 30 MAI 2022

Nom et prénom du malade : EL ABED EL ALAOUI ZSAID Age : 25

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Réflux gastro-entélique

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.

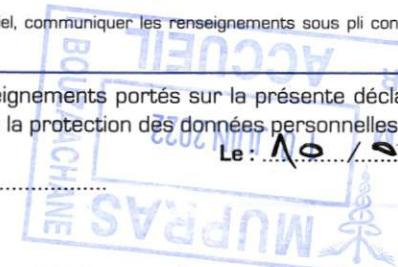
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 10/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

1/2040



### 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
30 MAI 2022	U F	250	250	INP : 091036160 Dr. Amal BOUGHNAMA PEDIATRE ALLERGOLOGUE 120, Bd. My. Larissé 1er - Casa Tél : 05 22 86 42 59

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie NOUR KABBAJ Soumia B, Angle Bd Yacoub El Mansour Sidi Abderrahman - Casablanca	30/05/2022	100.90

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

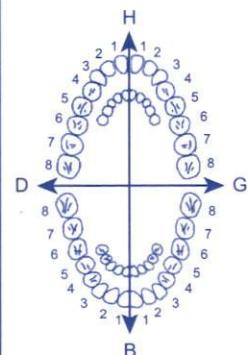
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

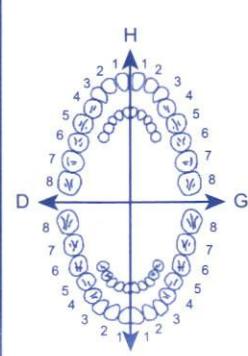


**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

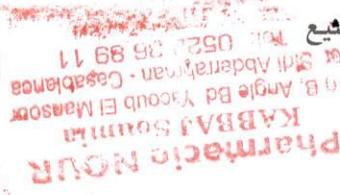
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Amal Boughnama

Pédiatre - Allergologue

Homéopathe

الدكتورة أمل بوعنامة



اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع  
أمراض الحساسية والربو  
الطب المثليل

Casablanca, le ..... 30.05.2022.....

Enfant EL ABED EL ALAOUI Ismail

Poids : 34,50 Kg

Age : 9 ans 8 mois

18.5-

1 BELLADONNA 9 CH



3 granules 3 fois par jour pdt 6 jours

18.5-

2 MERCURIUS SOLUB. 9CH TU GRAN.



3 granules 3 fois par jour pdt 6 jours

18.50

3 APIXOL SPRAY GORGE



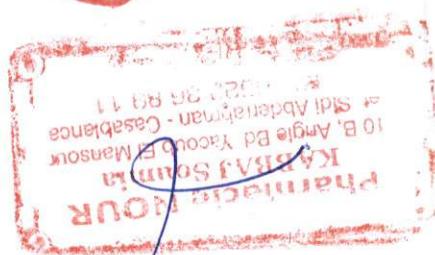
1 pulvérisation 3 fois par jour pdt 4 jours

14.40

4 DOLIPRANE 500 mg pdre p sol buv : 12Sach



1 sachet au besoin si fièvre plus de 38.5°



الدكتورة أمل بوعنامة  
Dr. Amal BOUGHNAMA  
PEDIATRE ALLERGOLOGUE  
120 Bd. M. Idriss 1<sup>er</sup> - Casablanca  
Tél : 0522 86 02 01