

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 canaux, 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 canaux.

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



POUR COMPLETER SVP
Déclaration de Maladie
M22- 0008058

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11858 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AKBIL ZAÏNA
Date de naissance : 15/08/77
Adresse :
Tél. : 0661143402 Total des frais engagés : Dhs

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 :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Coae Le : 07/06/22
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Description des actes effectués				وصف العمليات المجراة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
07 DEC. 2021			2500	<p>الدكتورة أمال بوغنامة Dr. Amal BOUGHNAMA PEDIATRE ALLERGOLOGUE 20, Bd. My Idriss 1er - C25 Tél : 05 22 46 02</p>	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثلث المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
07/12/21	305,400	<p>صيدلية المدينة الخضراء PHARMACIE GREEN TOWN Dr. Maria AZENAR Green Town</p>
INPE et code à Barres		
INPE et code à Barres		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
طبيعة الخدمة Nature de la prestation	السعر الوحدائي Prix Unitaire	الكمية Quantité	السعر الكلي Prix Total

Tel 061853262

 <p>الضمان الاجتماعي +oXO+ +oLSt CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>1010101 REL:ANAM:120101</p>
	<p>موافقة مسبقة Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ Exécution *</p>	<p>مرجع رقم 610-1-02 Réf. - 610-1-02</p>	

N° Dossier : خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : **QUAZZANI TOUHANI M. HAMED**
 رقم التسجيل :
 رقم بطاقة التعريف الوطنية : **113112148614151**
 علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) : **161517112181**
 N° CIN :
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *

Conjoint ☐ زوج ☒ **Enfant** ☒ **ابن**
 العنوان : **1° RUE ABDERRAHMAN BEN MATI 704, CAS ABJLAN CA**
 Adresse :

مبلغ المصاريف :
 عدد الوثائق المرفقة :
 تصريح الطبيب المعالج
 المستفيد من العلاجات
 Montant des frais :
 Dhs
 درهم

Nombre de pièces jointes :
 Déclaration du médecin traitant

الاسم العائلي والشخصي : **QUAZZANI TOUHANI Aicha**
 تاريخ الازدياد :
 رقم بطاقة التعريف الوطنية : **26104120109**
 Bénéficiaire de soins
 Nom et prénom :
 Date de naissance :

N° CIN :
 الجنس :
 M ☐ ذكر ☒ أنثى
 الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **

INPE et code à barres **

الدكتورة أمل بوغنام
Dr. Amal BOUGHNAMA
EDIATRE ALLERGOLOGUE
 20, Bd. My. Idrisse 1er - Casa
 Tél : 05 27 86 02 59
 Etablissement de soins
 المؤسسة العلاجية

Type de soins*
 Hospitalisation ☐ استشفاء ☐ Maternité ☐ أمومة ☐ Accident ☐ حادثة ☐ Maladie ☐ مرض ☐

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
 Fait à :
 Le : **10171121201211**
 أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
 Je déclare les informations ci-dessus
 sincères et véritables.
 Fait à :
 Le : **11 DEC 2021**
 أصرح بمصادقية وصحة
 المعلومات المذكورة أعلاه

Signature de l'assuré(e)
 Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
Dr. Amal BOUGHNAMA
EDIATRE ALLERGOLOGUE
 20, Bd. My. Idrisse 1er - Casa
 Tél : 05 27 86 02 59

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610 2 06
	Référence structurée : 220212464546864	Emis à Casablanca le : 08/02/2022	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation: 131248645 Règlement du mois : 02/2022 Mode de paiement : Virement	OUAZZANI TOUHAMI MHAMED 10 RUE ABDELHAK BEN MAHYO ETG 8 QU PALMIER CASABLANCA 2034	
	Informations :		

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريفية المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
OUAZZANI TOUHAMI AIDA										
073681896	07/12/2021	CS	MEDECIN SPECIALISTE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
073681896	07/12/2021	K	MEDECIN SPECIALISTE	100,00	22,50	1,00	1,00	22,50	70	15,75
073681896	07/12/2021	PH	PHARMACIE GREEN TOWN	302,40	126,30	1,00	1,00	126,30	70	88,41
Total remboursé pour AIDA										209,16
Total général remboursé										209,16

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Dr. Amal Boughnama
Pédiatre - Allergologue
Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامة
اختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع
أمراض الحساسية والربو
الطب المثيل

Casablanca, le07.12.2021.....

Enfant OUAZZANI TOUHAMI Aida
Poids : 43,00 Kg
Age : 12 ans 7 mois



11,30 1 VOGALENE 5 mg suppos séc : Plq/10
1 suppositoire le soir, pendant 2 jours.

99,00 2 PRODEFEN SACHET
Prendre 1 sachet par jour, pendant 3 jours.

3 BOISSONS ABONDANTES ++++++
En petites quantités ou du CocaCola dégazéifié

115,00 4 AVAMYS 27,5 µg/pulvérisation susp p pulv nasal : 1FI/120doses
1 pulvérisation le matin, pendant 2 mois.

80,10 5 XYZALL 5mg cp pellic : B/28
1 comprimé le soir, pendant 2 mois.

PRODEFEN
Complément alimentaire

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

Dr. Amal Boughnama
Centre Commercial Casa Green
Avenue Verte - Bouskoura - Tél : 05 22 86 02 59

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 115,00DH
ID: 647531
6 118001 142262

305,40 dhs

الدكتورة أمل بوغنامة
Dr. Amal BOUGHNAMA
PEDIATRE ALLERGOLOGUE
120, Bd. My. Idriss 1er - Casablanca
Tél : 05 22 86 02 59

120 شارع مولاي إدريس الأول - الهاتف - عيادة : 0522.860.259/60 - محمول : 0661.265.599 - الدار البيضاء
120 Bd. Moulay Idriss 1er - Tél: C. : 0522 860 259/60 - Gsm: 0661 265 599 - CASABLANCA

Dr. Amal Boughnama
Pédiatre - Allergologue
Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامة
اختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع
أمراض الحساسية والربو
الطب المثيل

Casablanca, le 6.Décembre.2021.....

RECU D'HONORAIRES concernant l'enfant OUAZZANI TOUHAMI

Aida

Consultation spécialisée :250 Dhs

Injection intramusculaire de Vogalène : 100 dhs

TOTAL = 350 Dhs

الدكتورة أمل بوغنامة
Dr. Amal BOUGHNAMA
PEDIATRE ALLERGOLOGUE
120, Bd. My. Jorisse 1er - Cas.
Tél : 06 82 86 02 59



المخطوط الملكية المغربية
royal air maroc

شركة رأس مالها 3.628.127.000 درهم - المركز الرئيسي : مطار الدار البيضاء - أنفا - السجل التجاري : 96.67 البيضاء - رقم التعريف الجبائي 02220776

S.A. au capital de 3.628.127.000 DH - Siège Social : Aéroport Casa Anfa - Casablanca - Maroc

Tél. : (212) 522 91 20 00 - Télex 21.880 M - R.C. CASA 96.67 - N° IF 02220776 - C.N.S.S. 1788952 - Taxe Professionnelle N° 360 00 200

