

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <u>19708</u>		
Société : <u>ZAT</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Actif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre :</b>
Nom & Prénom : <u>B AHAOUI MOHAMED-ATTAINE</u>		
Date de naissance : <u>21/01/1986</u>		
Adresse : <u>Rue oued haddou résidence Mianor Imma Apt 13 Califormie CASA</u>		
Tél. : <u>0662637642</u>	Total des frais engagés : <u>438,50</u> Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	
Cachet du médecin :	
 <b>Dr. Amal BOUNGHINAMA</b> <b>PEDIATRE-CUROLOGUE</b> 120, Bd. My. Idriss 1er - Casa Tel : 05 22 86 02 50	
Date de consultation : <u>04 MAI 2022</u>	
Nom et prénom du malade : <u>Dr. Hacui Abdellah</u>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Plaque Plaque</u>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>Accident</u>	
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 : <u>CASABLANCA</u>	Le <u>04/05/2022</u>
Signature de l'adhérent(e) :	
 <u>SAUDI MUPRAS</u>	

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES			
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
04 MAI 2022	4	+	250

INP : INP : 091036160

الدكتورة أمل بوغنامة  
Dr. Amal BOUGHNAMA  
PEDIATRE ALLERGOLOGUE

#### **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Code du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
DR SOUDÉCHIRIACIE EL HOUSSAINI	415122	188,10

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

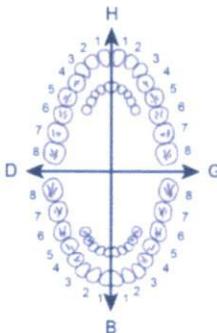
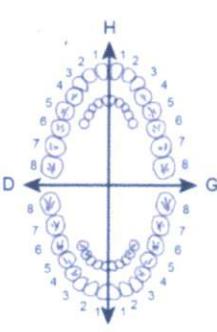
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	$  \begin{array}{r}  H \\  25533412 \quad 21433552 \\  00000000 \quad 00000000 \\  \hline  D \quad G \\  00000000 \quad 00000000 \\  35533411 \quad 11433553 \\  B  \end{array}  $ <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

**Dr. Amal Boughnama**  
**Pédiatre - Allergologue**  
**Homéopathe**

**الدكتورة أمل بوعنامة**

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع  
 أمراض الحساسية والربو  
 الطب المثلث

Casablanca, le ..... **04.05.2022**

**Enfant BAHAOUI Abdullah**

Poids : 15,50 Kg

Age : 4 ans 7 mois

**80,50 . 1 AZIX 1500 MG**



Prendre 16 doses/kg par jour, pendant 3 jours.

PPV: 80DH00  
 PER: 01/25  
 LOT: L238

**89,50 . 2 APIXOL SPRAY GORGE**



1 pulvérisation 3 fois par jour pdt 4 jours

**19,00 3 NURODOL N/ENF**



16 doses si forte fièvre

**188,50**

دكتورة أمل بوعنامة  
 Dr. Amal BOUGHNAMA  
 PEDIATRE ALLERGOLOGUE  
 20 Bd. My. Idriss 1<sup>er</sup> Cas  
 Tél : 06 22 86 02 59

PHARMACIE  
 HOUARI IDRISI  
 N. OUDGHIR  
 DERB SOU  
 Docteur Amal Boughnama  
 19, Bd. My. Idriss 1<sup>er</sup> Cas  
 Tel: 0522 219044 - CASABLANCA

**19,00**

8 032878 479683

LOT: 210936  
 EXP: 2025/01  
 PPC: 89,50 DH