

## 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



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-803703

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **13128** Société : **RAM**

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : **176927**

Nom & Prénom : **Chargui Darif Athmane**

Date de naissance : **10/01/1992**

Adresse : **Res. Sidi abderrahman GH14 apt 45 Oudj**

Tél : **06 41 9242 90** Total des frais engagés : **541,8** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **الدكتورة أمل بوغنامة**  
**Dr. Amal BOUGHNAMA**  
**MÉDIAIRE ALLERGOLOGUE**  
**20, Bd. My. Idrisse 1er - Casa**  
**Tel : 05 22 86 02 59**

Date de consultation : **11 SEP. 2023**

Nom et prénom du malade : **Chargui Darif Nadia** Age : **31**

Lien de parenté : ☒ **Lui-même** ☐ **Conjoint** ☐ **Enfant**

Nature de la maladie : **RN à l'apathie**

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 : **27 / 9 / 2023**

Signature de l'adhérent(e) : **Athmane**

Autorisation CNDP N° : A-A-2115/2019

| RELEVÉ 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  |
| 1.1 SEP. 2023                  | 11                | ⊕                     | 300                             | INP : INP : 091036160<br>الدكتور أمال بوغنامة<br>Dr. Amal BOUGHNAMA<br>PEDIATRE ALLERGOLOGUE<br>120, Bd. My. Loris 1er - Casa<br>Tél : 05 22 86 02 59 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |         |                       |
|---|---------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date    | Montant de la Facture |
| <p>Pharmacie TAM</p> <p>Dr. BENAH Jaafar</p> <p>2, Bd Oued Sebou, Oufle</p> <p>- CASABLANCA -</p> <p>212 25 88 00 18 00</p> | 11/9/08 | 847,80                |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

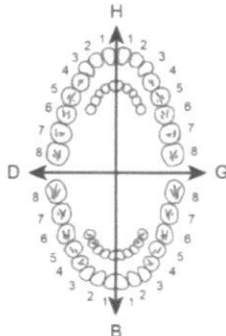
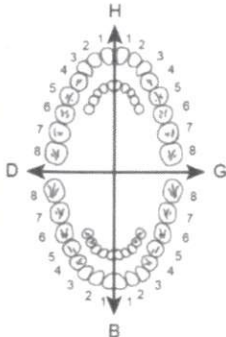
| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées   | Nature des<br>Soins | Coefficient                              | 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"/>         |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |   |                     |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |   |                     |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |   |                     |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |   |                     |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |   |                     |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |   |                     |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                     |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                     |  | H  |   | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | B                                       |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | H   |                     |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 25533412  | 21433552            |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 00000000  | 00000000            |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | B   |                     |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>                                    |                     |  | D  | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |  |  |
|  | D   | G                   |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 00000000  | 00000000            |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 35533411  | 11433553            |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>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 و الرضيع  
أمراض الحساسية والربو  
الطب المثيل

Casablanca, le 11.09.2023

Nourrisson CHERGUI DARIF Nadine

Poids : 11,65 Kg

Age : 20 mois 13 jours

125,00

1 FLIXOTIDE 125 µg/dose susp p inhal : FI/120d

Donner 1 bouffée le matin et le soir, pendant 4 mois

65,30

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

2 bouffées au besoin càd si toux

77,50

3 OSCILLOCOCCINUM globule : 6Doses

1 dose par semaine pdt 3 semaines, puis 1 dose par mois pdt 3 mois

19,50

4 AVIAIRE 15CH TU GRAN.

10 granules par quinzaine pdt 3 mois

T = 247,80

Pharmacie TAM  
Dr. BENALI Jaafar  
02, Bd Oued Sebou, Oulfa  
- CASABLANCA -  
Tél : 05 22 00 13 00

الدكتورة أمل بوغنامة  
Dr. Amal BOUGHNAMA  
PEDIATRE ALLERGOLOGUE  
120, Bd. Moulay Idriss 1<sup>er</sup> - Cas.  
Tél : 05 22 86 02 59

BOTTU SA  
PPV: 71 DH 50

11/09

États grippaux

oscillococcinum®

6 doses



BOIRON®



CIP: 3400932611007

LOT: 3H0362

EXP.: 07/2026

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 125,00 DH



6

ID: 651730