

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W21-803703

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		<input type="checkbox"/> Autres
Matricule : <u>13128</u>	Société : <u>RAM</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : <u>Chergui Darif Atrane</u>		
Date de naissance : <u>10/91 1092</u>		
Adresse : <u>Rés Sidi abderrahman GH 14 apt 45 Casablanca</u>		
Tél. : <u>061 0942 90</u>	Total des frais engagés : <u>541,8</u> Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin : 	Dr. Amal BOUGHNAMA PEDIATRE ALLERGOLOGUE 120, Bd. My. Idriss 1er - Casa Tél : 05 22 86 02 59
Date de consultation : <u>11 SEP 2019</u>	Nom et prénom du malade : <u>Chergui Darif Atrane</u>	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Fille	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : <u>BN à l'otite</u>		
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) : 

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
11 SEP. 2023	د	⊕	300	INP : INP : 091036160 الدكتورة أم كل بوعنامة Dr. Amal BOUGHNAMA PEDIATRE ALLERGOLOGUE 120, Bd. My. Idrissi 1er - Casa Tél : 05 22 86 02 59

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie TAM Dr. BENAHJAAFAR 2, Bd Oued Sebou, Oulad - CASABLANCA - 611 25 88 00 18 99	11/9/083	€ 41,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

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 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 : Fl/120d



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

45,10

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



2 bouffées au besoin càd si toux

71,50

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

124190

Pharmacie TAM

Dr. BEN Ali Jaafar

02, Bd Ouda Sebou, Oujda

- CASABLANCA -

Tél : 05 22 86 00 12 99



BOTTU SA
PPV: 71 DH 50

11/09



États grippaux

oscillococcinum®

6 doses



BOIRON®

CIP: Э400932611007

LOT: ЭН0362

EXP.: 07/2026

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

6 ID:654730



118001 140329