

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.

Biologie 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.

Educations :

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.

Prothèses :

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

Déclaration : contact@mupras.com
Demande en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

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° P19- 0044400

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8752 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHELIAT TAREK
Date de naissance : 03/11/1969
Adresse : 7, RUE EL YAZIDI MED APP N° 8 Q. des
hopitaux Casablanca
Tél : 06 69 31 0005 Total des frais engagés : 1722,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/10/19
Nom et prénom du malade : CHELIAT TAREK Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Troux Sporadiques
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
19-10-19		1	250	Dr. Amal BOUGHNAMA PEDIATRE ALLERGOLOGUE 20, Bd. My Idrisse 1er - Casa Tél: 022 86.02.59

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du fournisseur

Date

Montant de la facture

19-10-19

1472

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

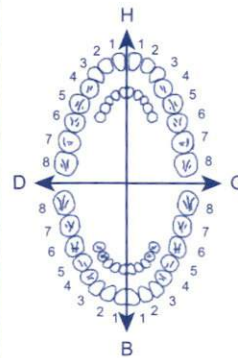
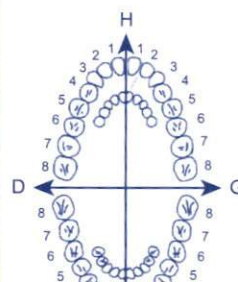
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

Dr. Amal Boughnama

Pédiatre - Allergologue

Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامة

اختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع

أمراض الحساسية و الربو

الطب المثيل

Casablanca, le

19.10.2019

Enfant CHELIAT Malak

Poids : 17,00 Kg

Age : 4 ans 10 mois

1 SERETIDE 50 µg/25 µg/dose susp p inhal : FI/120doses

Donner 2 bouffees le matin et le soir, pendant 6 mois.

2 SINGULAIR 4 mg glé : Sach-dose/28

1 sachet le soir au moment des repas pdt 2 mois

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

2 bouffées au besoin càd si toux

4 EFFIPRED 20 MG

Prendre 1 et 1/2 comprimé le matin, avant le repas, pendant 5 jours

5 APIXOL SIROP ENFANTS

Prendre 1 mesure le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours.

PHARMACIE LE GALIEN
77, Bd. Moulay Idriss 1er - Casablanca
Tél. 05 22 86 02 59 / 06 61 26 55 99

الدكتورة أمل بوغنامة
Dr. Amal BOUGHNAMA
PEDIATRE - ALLERGOLOGUE
120, Bd. Moulay Idriss 1er - Casablanca
Tél. 05 22 86 02 59 / 06 61 26 55 99

70026899/00-1
AMM 282DMP/21/NRQ



6 118001 160389
SINGULAIR 4 mg
Granulés Boîte de 28 sachets
DISTRIBUE PAR MSD MAROC
P.P.V: 297,00 DH



8 032578 479263

87,00

70026899/00-1
AMM 282DMP/21/NRQ



6 118001 160389
SINGULAIR 4 mg
Granulés Boîte de 28 sachets
DISTRIBUE PAR MSD MAROC
P.P.V: 297,00 DH

Lot: 190088
À consommer
avant le: 02/2022
PPC: 79,50 DH



6 118000 240259
Dermofix crème
Sécalomazole
PROMOPHARM S.A.

Enfant CHELIAT, Malak
Poids : 17,00 Kg
Age : 4 ans 10 mois

98,60

1 ALCASTERIL ANTIMYCOSIQUE

pour la toilette du siège

87,60

2 DERMOFIX CRÈME

le matin et le soir, pendant 3 semaines.

EFFIPRED®
20 Comprimés effervescents 20 mg



6 118000 031369

EFFIPRED® 20 mg

PPV 58 DH40
EXP 04/2022
LOT 91015

62 01 22
PRIX 69,00
LOT 69,00

ALCASTERIL

Handwritten signature and date: 14/7/2022

Stamp: Délivré par le Dr. A. EL Aouda, Pharmacie, Ain El Aouda, Région de Rabat, 02/02/2022



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 140,00 DH
6 118001 141852

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 140,00 DH
6 118001 141852

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 140,00 DH
6 118001 141852

140,00