

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Consignes 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.

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

- Reclamation : 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° P19- 066760

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7300 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Toubi Nourhine

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Dalak Age :

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

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-066760

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																					
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																					



W18-359519

DATE DE DEPOT

04/03/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 7300
Nom & Prénom <u>Tsouli Nourhane</u>			
Fonction : <u>CS</u>	Phones : <u>061191688</u>		
Mail : <u>tsouli.nourhane@gmail.com</u>			
MEDECIN		Prénom du patient <u>Tsouli Nourhane</u>	
Adhérent ☐	Conjoint ☒	Enfant ☐	Age <u>18</u>
Date <u>04 MAR. 2020</u>		Date 1ère visite <u>04 MAR. 2020</u>	
Nature de la maladie <u>Toux - toux sèche</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>CS</u>	<u>4</u>	<u>2500</u>	
PHARMACIE		Date <u>04.03.2020</u>	
Montant de la facture		<u>731,70</u>	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Désignation des Coefficients : _____ Montant détaillé des Honoraires : _____			
AUXILIAIRES MEDICAUX Nombre : _____ AM PC IM IV : _____ Montant détaillé des Honoraires : _____			

Dr. Amal BOUGHNAMA
Pédiatre Allergologue
20, Bd. Moulay Lariss 1er

EZZARHOUNI Rabia
2, Rue N. R. L. Tannay
Casa - Tel : 028 52 27 62
Pharmacie

MUPRAS
Fédération
16
2020
ACCUEIL

Dr. Amal Boughnama

Pédiatre - Allergologue
Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامة

اختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع
أمراض الحساسية و الربو
الطب المثيل

Casablanca, le 4 Mars 2020

Je soussignée, Dr Amal BOUGHNAMA, certifie que

Mlle Malak TSOULI, née le 15.02.2002

a reçu ce jour son vaccin Tetraxim.

الدكتورة أمل بوغنامة
Amal BOUGHNAMA
ALLERGOLOGUE
N° 1011334 1er - Casa

Dr. Amal Boughnama

Pédiatre - Allergologue
Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامة

اختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع
أمراض الحساسية و الربو
الطب المثيل

Casablanca, le 04.03.2020

TSOULI Malak
Poids : 56,00 Kg
Age : 18 ans

297,00 x 2 //

1 SYMBICORT TURBUHALER 200/6µg pdre p inhal : FI/120Doses+embout buccal

1 bouffée le matin et le soir, pendant 3 mois.

45,30 //

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

Donner 2 bouffées le matin, à midi, à 16h et le soir,
Puis donner 2 bouffées le matin, à midi et le soir, jus

3 EUMOXOL SIROP

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

EFFIPRED 20 MG

Prendre 3 comprimés par jour, pendant 5 jours.

olupred® 20 mg

20 Comprimés effervescents



6 118000 060536

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Jouda
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue souhair benou al aouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

200/6 µg Pdre p inh
Flacon de 120 doses
104/14 DMP/21/NRO PPV: 297,00 DH
6 118001 020706

الدكتورة أمل بوغنامة
Dr. Amal BOUGHNAMA
PÉDIATRE ALLERGologue
My. Idriss 1er - Casa
022 86 02 59

SYNTHEMEDIC
22 rue souhair benou al aouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

200/6 µg Pdre p inh
Flacon de 120 doses
104/14 DMP/21/NRO PPV: 297,00 DH
6 118001 020706

Eumoxol®

Ambroxol

Sirop 0,3%

Flacon de 250 ml

34,00