# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

**ditions 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.

**armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

**diologie 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.

**tique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

**éducation :**

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.

**ntaire :**

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.

**aladie 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 |

a MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractère personnel.

**UPRAS :** 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

Nº P19- 050452

65698

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

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 12579 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABOULFAIDA AMINE

Date de naissance : 14/01/1987

Adresse : CASA green town n°141, villa verte Bouskoura NOVACER

Tél. : 0661669490 Total des frais engagés : Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

الدكتورة أمال بوغنامة
Dr. Amal BOUGHNAMA
PEDIATRE ALLERGOLOGUE
120, Bd My. Youssef 1er - Casa
Tel : 022.86.02.59

Date de consultation : 16 AVR. 2021

Nom et prénom du malade : ABOULFAIDA Amine Age:

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

Nature de la maladie : Varicelle

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.

ACCUEIL 30 AVR. 2021 MUPRAS CASA ANFA

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 :** CASA **Le :** 16 04 / 2021

**Signature de l'adhérent(e) :**

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie Nº P19-050452

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 : 12579

Nom de l'adhérent(e) : ABOULFAIDA.

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Cœfficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|---|---|---|---|---|
| 16 AVR. 2021 | CS | 1 | 250 DH | INP : 091036160<br>الدكتورة أمال بوغنامة<br>Dr. Amal BOUGHNAMA<br>PEDIATRE ALLERGOLOGUE<br>120, Bd. My. Idriss 1er - Casa<br>Tél : 05 22 96.02.59 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|---|---|
| PHARMACIE DE LA SECURITE<br>Nadia Mariam BENCHEKROUN<br>Bd. Moulay Driss 1er<br>et Bd. de la Sécurité Sociale<br>Tél : 05 22 86.22.45 Casablanca<br>PHARMACIE MECCOUR<br>119, Avenue de la Mecque<br>Casablanca<br>05 22 50 10 58 | 16/4/21 | 808.30 |
| | 16/04/21 | 20.90 |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|---|---|---|
| | | | |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

**VOLET ADHERENT**

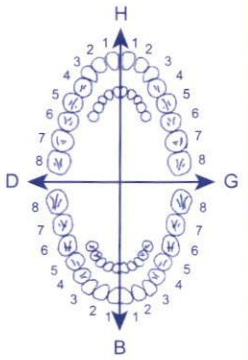
*** Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

## 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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Cœfficient |
|---|---|---|---|
| | | | |



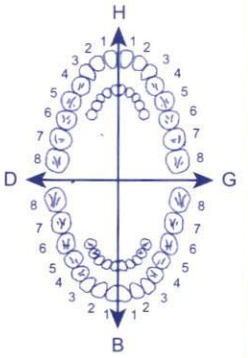

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**




**DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H

| | |
|---|---|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

B

**(Création, remont, adjonction)**
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Dr. Amal Boughnama
Pédiatre - Allergologue
Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامة
اختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع
أمراض الحساسية و الربو
الطب المثيل

Casablanca, le 16.04.2021

**Nourrisson ABOULFAIDA Majd**
Poids : 10,70 Kg
Age : 12 mois

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR
6 118001 272228
PPV 20,90 DH

734.00 **1 MENACTRA VACCIN**

74.80 **2 ENGERIX B 10 µg/0,5 ml susp inj en seringue préremplie : Ser préremplie/0,5ml**

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
MENACTRA 0,5 ML SOL
INJ 1FL
PPV : 734,00 DH
6 118001 081981

C
80.80 **3 DOLIPRANE 150 mg suppos : B/10**

1 suppo à la demande si la température dépasse 38.2°

**4 VITAMINE D3 B.O.N 200000 UNITÉS**

20,90 1 ampoule en entier

PHARMACIE DE LA SECURITE
El Mehdi BENCHEKROUN
120, Bd Moulay Driss 1er
Rue de la Sécurité Sociale
05 22 86 22 45 - Casablanca

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV :74,80 DH
ID:6466
6 118001 140244

PHARMACIE MECQUA
119, Avenue de la Mecque
Californie - Casablanca
Tél : 05 22 52 59 48 / Fax : 05.22.50.10.58