

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

04682

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAARIA MOHAMMED

Date de naissance :

02-01-1961

Adresse :

Quartier Laâyoune Casablanca

Quartier Laâyoune Casablanca

Tél. :

0665 01 4841 Total des frais engagés : 823,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

12/11/2022

Nom et prénom du malade :

CHAARIA SARIM

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 :

Casablanca

Le : 10/11/2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12 NOV. 2022 | cx 3 | | 300,00 | Dr. SALLI Mohamed Professeur de Pédiatrie Place Charles Nicolle Dr. SALLI Mohamed Professeur de Pédiatrie 21, Place Charles Nicolle |
| 16 NOV. 2022 | cx 3 | | 300,00 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|-------------|--|----------|---|----------|----------|--|--|--|---|----------|----------|---|----------|----------|--|
| | | | | CŒFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> </td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table> | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | | | | B | 35533411 | 11433553 | G | 00000000 | 00000000 | CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 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. Mohamed SQALLI HOUSSAINI

Professeur de Pédiatrie

Ancien Chef de Service de Réanimation Pédiatrique et de Néonatalogie Hôpital d'Enfants C.H.U. Ibn Rochd

Spécialiste des Maladies des Enfants et des Nourrissons

Pathologie Néonatale - Urgences Pédiatrique

Exploration et Traitement de l'Asthme de l'Enfant

Membre de la Société Pédiatrique de Pneumologie et d'Allergologie

الدكتور محمد صقلی الحسيني

أستاذ جامعي في طب الأطفال

رئيس سابق لمصلحة إنعاش الأطفال والمولود الجديد - مستشفى ابن رشد

**إختصاصي في أمراض الأطفال والرضيع
أمراض المولود الجديد المستعجلات الطبية**

**تشخيص وعلاج مرض الضيق عند الأطفال
عضو الجمعية للأطفال المختصة في الجهاز التنفسي والحساسية**

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

16 11.2022

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1,
Ain seba Casablanca
VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml
sol Inj 51
P.P.V. : 125,30 DH

Barcode: 5 118001 082247

Enfant CHAKIL Salim

Age : 9 ans 8 mois

125,30 1 VACCIN VAXIGRIPTETRA (SANOFI)

12,80 2 DOLIPRANE SACHETS 300 MG
1 sachet, 2 fois / jour, pendant 2 jours

19,0 3 FEBREX SACHET ENF(280 MG PARA
1 sachet, 2 fois / jour, pendant 4 jours

22,50 4 BRUFEN SIROP
1,5 cuillère à café , 3 fois / jour , pendant 7 jours

49,0 5 DOCIVOX SIROP
1 cuillère à café, 3 fois / jour, pendant 7 jours

Pharmacie KHEOPS SARL AU
INPE : 092036649
AZIZA ALIOU Pharmacie
Doktuer en Pharmacie
9, Rue Ibnou Yaqoub Ibn al-Mâlik - Casablanca
Tél.: 0522 94 97 28 - Fax: 0522 95 09 26

PPV (DH) : 22,60

Lot N° :

UT. AV :

**LOT: 220545
DLUO: 07/2025
49,00DH**

**PHARMED
LOT : 7610
UT. AV : 04-25
PPV : 190DH00**

**Jr SQALLI Mohamed
Professeur de Pédiatrie
Place Charles Nicolle - Casablanca
tél.: 05 22 26 07 20 - 06 61 14 98 84**