

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 Meilleurs utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 : 10697

Société : RAJ

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DR RYM RAJ HAFAIBA ASO 932

Date de naissance : 30/03/78

Adresse :

Tél. : 0661869512

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Rym RAJ HAFAIBA
37 Bis, Rue Oukaimeden, Appart.
3ème Etage, Agdal - Rabat
Tel: 0537 67 15 55-Fax: 0537 67 15 6

Date de consultation : 05/01/23

Nom et prénom du malade : BENAÏSSA LILYA

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Biompt

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) :

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
5/01/1935	1	1	300 Dhs.	Dr. Rym RHAZZAFI Pédiatre Oukaimeden, Agdal. Fax: 0537 67 15 66

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MOSTAPHA Dr. BOUBNANE N°32, AV. La Résistance Tél.: 05 37 72 40 65	10/10/2022	178,75
Pharmacie MOSTAPHA Dr. BOUBNANE N°32, AV. La Résistance Tél.: 05 37 72 40 65		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

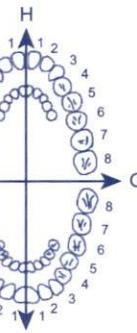
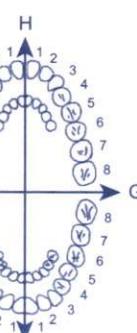
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

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															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXECUTION

Docteur Rym Rhazlane

Pédiatre

Diplômée de la faculté de Médecine d'Amiens - France

Immuno-hématologie pédiatrique

pathologie infectieuse et urgences pédiatriques

Ancienne assistante en réanimation néonatale au CHU d'Amiens

الدكتورة ريم غزلان

اختصاصية في طب الأطفال و الرضع

خريجة كلية الطب بأميانت فرنسا

أمراض الدم و المناعة عند الأطفال

الأمراض التعففية و المستعجلات

مساعدة سابقا بمصلحة إنعاش المواليد بمستشفى أميان

Rabat le 5/01/23 الرباط في

lilya Benissa

P = 23 Kg 900

1/ Effort d'adaptation thermique

3h ↓

10, 10 x 12/ B. fef S. T. > 38°

2995 x ✓ 2 h S. T. > 38°

3/ Augmentin 500 mg

1 sachet

3 x 1 J poft 8 J

4/ Hi Verne x 5.100

1 x 2 3 x 1 J

poft 7 J

Dr. Rym RHAZLANE
Pédiatre
37 Bis, Rue Oukaimeden, Appt. 5
3ème Etage, Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 15 55-Fax: 0537 67 15 66

AUGMENTIN

AMORCILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

500mg/62,50mg



enfant

..... sachet(s)
par jour à prendre
préférence au début des
repas, pendant
jours.

١٢٩

مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة ... يوم

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 79,90 DH

LOT: 650022

PER: 05/24



٤٦٣٨

AUGMENTIN

AMORCILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

500mg/62,50mg



enfant

..... sachet(s) fois
par jour à prendre de
préférence au début des
repas, pendant
jours.

كيس ... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة ... يوم

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 79,90 DH

LOT: 650022

PER: 05/24



AUGMENTIN
500mg/62,50mg
12 sachets



6 118000 160243

AUGMENTIN
500mg/62,50mg
12 sachets



6 118000 160243



19.00



Docteur Rym Rhazlane

Pédiatre

Diplômée de la faculté de Médecine d'Amiens - France

Immuno-hématologie pédiatrique

Pathologie infectieuse et urgences pédiatriques

Ancienne assistante en réanimation néonatale au CHU d'Amiens

الدكتورة ريم غزلان

اختصاصية في طب الأطفال و الرضع

خريجة كلية الطب بأميانت فرنسا

أمراض الدم و المناعة عند الأطفال

الأمراض التعففية و الوبائية

مساعدة سابقا بمصلحة إنعاش المواليد بمستشفى أميان

Rabat le 05/01/2023

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussignée, Dr Rym Rhazlane, certifie, que l'état de santé

De l'enfant BENAISSE LILYA, née le 18/05/2015,

nécessite un repos de 3 jour Sauf complications.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit.

Dr. Rym RHAZLANE
Pédiatre
37 Bis, Rue Oukaimeden, Appt. 5
3ème étage Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 15 55-Fax: 0537 67 15 66