

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

<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)	
Matricule : <u>19013</u>	Société : <u>ROYAL AIR MAROC</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <u>RHOLAM IMANE</u>	
Date de naissance : <u>05/07/1982</u>	
Adresse : <u>PERLES DE CALIFORNIE</u>	
Tél. : <u>0669409323</u>	Total des frais engagés : <u>342,00 DT</u>

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/7/2022

Nom et prénom du malade : SLIMLILI YARA Age : 5 an

Lien de parenté :

Nature de la maladie : H.A.H. ESR affection ORL

En cas d'accident préciser les dates et lieux : 02 SEPTEMBRE 2022

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ROYAL AIR MAROC Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-562296

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 19013
Nom de l'adhérent(e) : RHOLAM
Total des frais engagés : 342,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. JANE FALAH YOUSSEF Picto Taddorras Lina Chos Jane California 05/22/22 05/22/22 12:12:05 1512673000032	28/7/2022	112.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 MONTS 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	$\begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 35533411 & 11433553 \end{array}$	$\begin{array}{r l} H & \\ \hline D & \\ \hline B & \\ \hline G & \end{array}$		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Mohammed BENNOUNA

PEDIATRE

Diplômé de la faculté de Médecine
de Lille (France)

Réanimation Néonatale

ph.Métrie, Endoscopie digestive
et Proctologie Pédiatrique

Diplômé de la faculté de Médecine

Xavier Bichat- Paris



محمد بنونة

مراض الأطفال والرضع

الطب بليل (فرنسا)

ش المولود الجديد

بية في فحص المعدة والأمعاء

الداخلي للأطفال (باريس)

28.07.2022

Casablanca, le الدار البيضاء، في

Enfant EL MLILI YARA

Age : 4 ans 11 mois

Poids : 18,70 Kg

20.20

1 OTIPAX sol p instil auric : Fl cpte gtt/16g



Lot. 3648
Per.: 04 2025
BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH

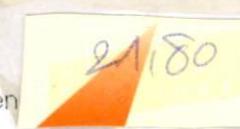
Mettre 5 gouttes dans l'oreille si douleur auriculaire 3 fois / jour

21.80

2 POLYDEXA sol auric : Fl/10.5ml

1 boite

Mettre 2 gouttes 3 fois par jour dans chaque oreille pen



3 ZAMOX 100 MG/12.5 MG SUSP BUV ENF 60 ML

2 boites

Prendre 19 doses/kg le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours.

21.20

Dr Mohammed Bennouna

DR. M. BENNOUNA
PEDIATRE

220, Bd Ghandi Daï Asma - Casablanca
Tél: 05 22 95 12 32 Urgence : 06 61 14 73 72

PHARMACIE JNANE CALIFORNIE
D'TORALEAH YOUSSEFI Lina
10 Place Taha Hachane
Jnane Califor... 10000 Casablanca
Tél: 05 22 95 12 32

E-mail : medbenouna09@gmail.com

220، شارع غالندي، دار أسماء (قرب بيزا هوت) الطابق 1، البيضاء - الهاتف: 05 22 95 12 32 - المحمول: 06 61 14 73 72
220, Bd Ghandi - DAR ASMAA (près de Pizza Hut) - 1^{er} étage - Casablanca - Tél. : 05 22 95 12 32 - GSM 06 61 14 73 72