

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 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

- 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.

Nº M20- 0005911

Optique **188835** Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **12514**

Société : **ROYAL AIR MAROC**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **AIT MAHDI LAHCEN**

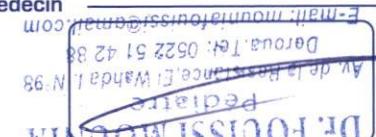
Date de naissance : **16-06-1984**

Adresse : **PERLE DE NOVACEUR II 1^{me} B. APP 12**

.....
NOVACEUR

Tél. : **06 74 69 15 26** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : **14/10/2013**

Nom et prénom du malade : **AIT Mahdi LAHCEN** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **fie**

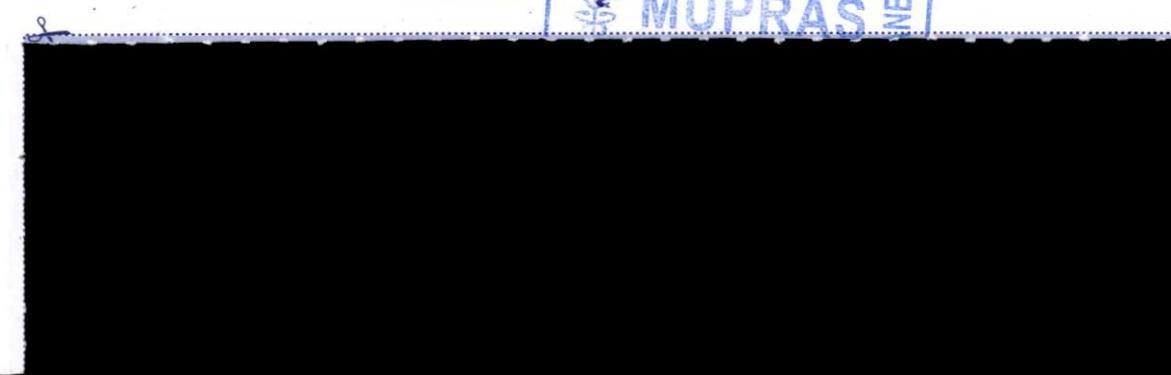
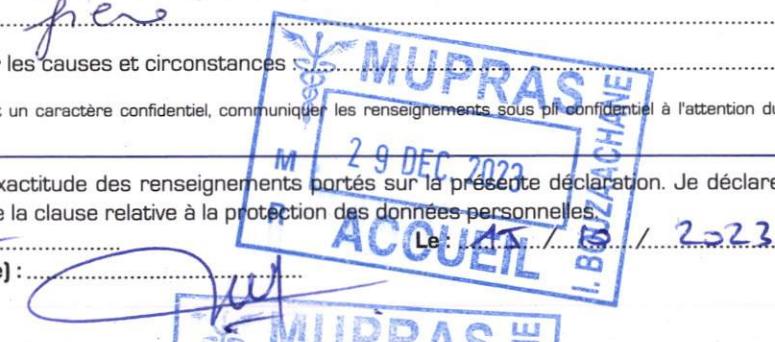
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : **CAKA** Le : **29 DEC 2023**

Signature de l'adhérent(e) : **AIT Mahdi LAHCEN**



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
14/10/2023	CS	200,00	INPE 0617901	de la République du Maroc N-98 Département de la Santé publique Tél: 0522 51 42 88 Email: monafoussous@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Kacmarcik Pharmacien Tél: 05 22 53 72 32	14.10.2023	64,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICALS

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'ODR.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B G			Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.FOUISSI MOUNIA
Pédiatre

Ancienne Résidente du CHU Ibn Rochd
Diplômée de la Faculté de Médecine et de
la Pharmacie de Casablanca



د. الفويسى مونية

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع
طبيبة مقيبة سابقاً بمستشفى ابن رشد للأطفال
خريجة كلية الطب
والصيدلة بالدار البيضاء.

Le : 14/10/2023.....

Age :

Poids : 8,10

Nom : L'enfant : AIT MAHDI WASSIM

Dr Kaoutar Maldar
Pharmacienne
Tél: 05 22 53 72 32
1) FUCIDINE 2% pommad
1APP X2/J PDT 7J

64,80
2) AUGMENTIN 100 mg /ml SIROP enfant
1DDP X3/J PDT 8J

Dr Kaoutar Maldar
Pharmacienne
Tél: 05 22 53 72 32
Dr Fouissi Mounia
Pédiatre

E-mail: mouniafouissi@gmail.com
Av. de la Résistance, Tel: 05 22 51 42 88
Deroua, Tél: 05 22 51 42 88
N° 98 Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)
Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com

شارع المقاومة، الوحدة 98، الدروة

Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)
Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN

100mg/12,50mg/1ml



Piston



Collerette



Bague



20 Kg

25 Kg

30 Kg

enfant

◀ 1 dose-graduation n°

3 fois/jour, à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

جرعة رقم 3 مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة يوم

ID:652311

PPV : 64,80 DH

LOT : 650954

PER : 10/2024

Liste I. Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES