

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.

M23- 0026942

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	12611	Société :	ROYAL AIR MAROC
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		CHEMALLI MHAMMED	
Date de naissance :		16.04.1988	
Adresse :		Quartier ALTAZ	Residence ANBAR 3 Casablanca
Appart 23			
Tél. : 06.41.43.11		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	15.1.2020		
Nom et prénom du malade :	CHEMALLI	Age :	30
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie :
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
15-1-2014			364.00	<i>C. 2000 H</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. A. M. HARMACK AL MAMMADI</i> Dr. A. M. HARMACK AL MAMMADI Dr. A. M. HARMACK AL MAMMADI Dr. A. M. HARMACK AL MAMMADI Dr. A. M. HARMACK AL MAMMADI	15-1-2014	364.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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
<img alt="Diagram of the dental arch with numbered teeth from 1 to 8 in both upper and lower arches. A horizontal arrow labeled D to G indicates the direction of the arch. A vertical arrow			

Docteur Amal DAMIR

PEDIATRE

Spécialiste des Maladies des Enfants

Nourrissons, Nouveaux-nés

ALLERGOLOGUE

Asthme et Allergie des Enfants



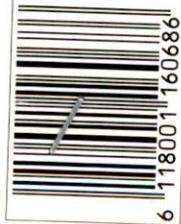
دكتور
أمالي دامير
طفل صغير
في
الاطفال
طفل في
أمراض
طفلة
هولندا
بلجيكا
بلجيكا
بلجيكا
بلجيكا
بلجيكا

صاحب رخصة التسويق والمصنع
Merck Sharp & Dohme
770 Sumneytown Pike, P.O. Box 4
West Point, Pennsylvania, 19486,
الولايات المتحدة الأمريكية/الولايات المتحدة الأمريكية
Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/
بموجب اصدار التشغيل من قبل

Merck Sharp & Dohme BV
Waarderweg 39, P.O. 581
2031 BN, 2003 PC Haarlem
Pays-Bas/هولندا

VARIVAX® vaccin
Suspension injectable
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml
PPV: 364,00 DFL
AMM N°: 789/160/MP/21/NSF
Distribué par MSD Maroc



Casablanca, le : 15.01.2024

بيان، في

Nourrisson CHEMALLI Ghali Yahya

Age : 16 mois 24 jours

Poids : 11,00 Kg

- VARIVAX



364.00
Dr. MEDDAH Mouad
PHARMACEUTICAL MAMMELK
Hdy Lekemar Rue 28 N° 64 - Casablanca
Tél: 0522 213313 / GSM: 066 00 55 05

Dr. Amal DAMIR
Pediatre
Lottoissement Haddiou
Bd. Abou Bakr El Kadiri, Casablanca

شارع أبو بكر القاري تجزئة الحديدي - الرقم 497
سيدي معروف - الدار البيضاء - Sidi Maârouf - Casablanca

Tél.: 05 22 33 57 20 - GSM : 06 61 09 74 40 • E-mail : damiramal25@hotmail.com