

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W19-506957

ND. 18734

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	6419	Société :	Royal air Maroc
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0661566363	Total des frais engagés :	434 Dhs

Cadre réservé au Médecin :	Dr NOUNA M'hamed PEDIATRE Chouaib Doukkali 82, Av. Aba Chouaib Doukkali Ain Chifa II Casa 20550 Tél: 0522.85.10.58
Date de consultation :	27/01/2020
Nom et prénom du malade :	Abdeslam Rehmane Age: 3 ans
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Maladie chronique
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 : 27/01/2020  
 Signature de l'adhérent(e) :



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	23/10/22 pz	16910

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
	DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<b>H</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <td>B</td> <td></td> </table>				25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	<hr/>																			
	D	G																		
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				

 COEFFICIENT DES TRAVAUX || **[Création, remont, adjonction]**   Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | MONTANTS DES SOINS |
|  | | | | DATE DU DEVIS |
|  | | | | DATE DE L'EXECUTION |

# Docteur NOUNA M'hamed

Pédiatre

Lauréat de la faculté de médecine d'Amiens

Spécialiste des maladies du Nouveau-né

Nourrisson et L'Enfant

Asthme de l'enfant et Maladies

Allergiques

Casablanca, le ..... 27/01/2020 البيضاء في

الدكتور نونا محمد

خريج كلية الطب بآميان

أخصائي في أمراض الرضيع و الطفل

مرض الربو ( الضيقية )

أمراض الحساسية

Nom/Prénom : RASSID Mahmoud

Poids : Poids : 6,560 Kg age : Age : 3 mois et 5 jours

706

1) AUGMENTIN 100 mg/12,5 mg/ml Pdr susp buv enfant Fl/60ml

1 boite

Donner 1 dose poids de 10 Kilos le matin et le soir, pendant 8 jours

2) DOLIPEDIATRIQUE 30MG/ML 15MG/DOSE

1 boite

Donner 1 dose poids de 7 Kilos toutes les 6 heures

3) HUMER SOL NASALE FL 150ML ISOTONIQUE

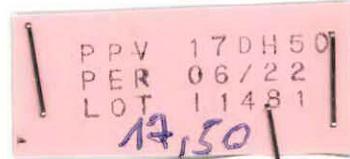
1 boite

Faire 2 pulvérisations 6 fois par jour, avant le repas

g. 60

184.12

Dr NOUNA M'hamed  
PEDIATRE  
82. Av. Aba Chouaib Doukkali  
Ain Chifa II Casab 20550  
Tel: 0522.85.10.58



PPV: 70,60 DH  
LOT: 623091  
PER: 03/2021

