

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.

N° W21-704577

120261

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : **1368**

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BENZAIDOUNE ANASS

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0667207844**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr NOUNA M'hamed

PEDIATR^β

82. Av. Aba Chouaib Doukkali

Ain Chifa II Casab 20550

Tel: 0522.85.10.58

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien du Rémuniseur | Date | Montant de la facture |
| PHARMACIE AL MASSIRA Rue Rahai 052 Mme BENAOUISSA Tel: 05 22 24 85 54 Fax: 05 22 24 85 44 | 02/10/10 | 130,00 |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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

الدكتور نونا احمد

خريج كلية الطب بآميان

أخصائي في أمراض الرضيع و الطفل

مرض الربو (الضيقية)

أمراض الحساسية

البيضاء في

Casablanca, le 07/04/2022

Nom/Prénom : BEN ZAIDOUNE **Ramy**

Poids : Poids : 59,000 Kg **age :** Age : 9 ans et 8 mois

1) SYMBICORT TURBUHALER 100/6 µg Pdr inh Fl/120Doses+embout buccal 2 boites

Prendre 1 dose le matin et le soir, pendant 3 mois et stop rdv septembre.

243,00 DH

PHARMACIE AL MASSIRA
51, Rue Rabah Ben Ahmed
Dr. Mme BEN JESSA Ouafae
Tél : 05 22 24 80 54
Fax : 05 22 24 85 44

486,00



SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir brou al acoum roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
100/6µg pdr dnt Pdr p inh
Flacon de 120 doses
10314 DMP 21 INRQ P.P.V: 243,00 DH
6 118001 020928

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir brou al acoum roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
100/6µg per dose
Flacon de 120 doses Pdr p inh
10314 DMP 21 INRQ P.P.V: 243,00 DH
6 118001 020928

Dr NOUNA M'hamed
PEDIATRE
82. Av. Aba Chouaïb Doukkali
Ain Chifa 11 600 10500
Tel: 0522 85 40 58

PHARMACIE AL MASSIRA
51, Rue Rabah Ben Ahmed
Dr. Mme BEN JESSA Ouafae
Tél : 05 22 24 80 54
Fax : 05 22 24 85 44