

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

N° W21-777303

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société : **146892**
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **Benmuid Abdelhak**
Date de naissance : **31/01/1991**
Adresse : **Parcours Bloc 10 Imc Appa**
Berzoussi, Casa
Tél. : **06-3643717** Total des frais engagés : **542,70** C

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL BOURY Chahar
Pédiatre
264, Angle Bd. Ghandi et Omar El Khayam
Ras Jawhara Appt. 14 - 3ème Etage
CASABLANCA
Tél : 33 22 95 11 38-GSM: 06 71 24 76 77

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : **BENHUID RAZANE** Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : **Bronchopneumonie**

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 médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Le : **14/01/23**
Signature de l'adhérent(e) : **AD**

Autorisation CNDP N° : A-A 215/2019

RELEVÉ 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 JAN 2023		800		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/1/23	26270

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

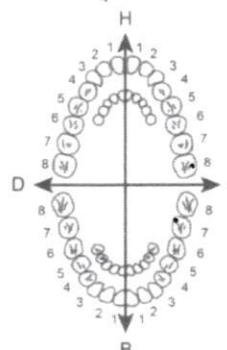
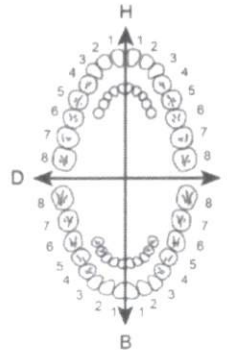
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																					
				MONTANTS DES SOINS []																					
				DEBUT D'EXECUTION []																					
				FIN D'EXECUTION []																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []																					
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			MONTANTS DES SOINS []
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS []																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION []																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTIO

Dr EL BOURY Chadia

Pédiatre

Cardiologie Pédiatrique

Néonatalogie et Asthme de l'Enfant



الدكتورة البوري شادية

إختصاصية في أمراض الطفل والرضيع

أمراض القلب والربو عند الطفل

14.01.2023

Casablanca, le

LOT : 3683
PER : 10 - 24
P. P.V : 30 DH 00

Nourrisson BENHMID Razane

Age : 19 mois 27 jours

Poids : 10,70 Kg

1 **CONFOSKIM CREME ANTI ROUGEURS HYDRA**

Faire 1 application le matin et le soir, pendant 15 jours.

2 **BETASTENE GOUTTES 0.05%**

Prendre 110 gouttes le matin, pendant 5 jours.

3 **AZIX 900MG**

Prendre 11 doses-kg le soir, pendant 3 jours.

4 **BUTOVENT SIROP**

Prendre 1/2 cuillère-mesure le matin et le soir, pendant 1 semaine.

5 **PRORHINEL SPRAY NASAL DECONGESTIONA**

Faire 1 pulvérisation le matin, à midi et le soir.

EMULSION REPARATRICE
LOT : CIX 06
EXP: 07/2025
PPC: 187.00DH

PPV: 70DH00
PER: 09/25
LOT: L3101

21,90

Dr. EL BOURY Chadia
Pédiatre
264, Angle Bd Ghandi et Omar El Khayam
Res. Jawhara Appt. 14 - 3ème Etage
CASABLANCA
Tél: 05 22 95 11 38 - GSM: 06 71 24 76 77

PHARMACIE PANORAMA
DAHO IDRISSI Aboubakar
L'octeur de Pharmacie
264 Panotagma 3ème Etage 140.
Casablanca Tél: 05 22 76

ZENITH Pharma

PPC : 120,80 DH

ProRhinel
SPRAY

Nourrissons - Jeunes Enfants

264, Angle Bd Ghandi et Omar El Khayam (à côté de la station de Tramway Ghandi) - Résidence Jawhara
Appt 14 - 3^{ème} étage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 11 38 - GSM : 06 71 24 76 77