

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.

Maladie

Dentaire

ND
150346

Optique

EN

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : MA 800

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUTAIB FATIMA ZAHRA

Date de naissance : 01.01.1980

Adresse : 126 E TOUBIR OULFA CASA

Tél. 06 66 42 84 34 Total des frais engagés : 34,3 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation

Nom et prénom du médecin

Lien de parenté

Nature de la maladie

Affection longue durée ou chronique : ALD 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14 Nov. 2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| RECEIPE FINALE 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 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

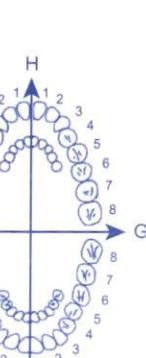
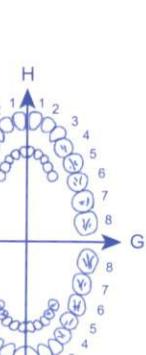
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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'ODE.

| 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 00000000 00000000 35533411 | G | Coefficient des travaux |
| | D | 21433552 00000000 00000000 11433553 | B | 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

M.....

RIHANI
ISMAILSTE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lotis. Haj fatch Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

TPE 8092030261

Le 14/11/22

Facture N°

71

| Quantité | Désignation | Prix | Montant |
|----------|------------------|-------|---------|
| 01 | - C. E | 21.50 | 21.50 |
| 0.1 | - Do C. gran 300 | 12.80 | 12.80 |
| | | | 34.30 |

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lotis. Haj fatch Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

Mode et voie d'administration :

Voie rectale.

Indications :

- douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures,

- traitement de la fièvre au cours des affections bronchiques aiguës bénignes telles que la toux.

Posologie :

Cette présentation est réservée à l'enfant de 30 mois à 7 ans (soit environ 15 à 20 kg).

La posologie est d'un suppositoire, à renouveler si besoin au bout de 6 heures, sans dépasser **4 suppositoires par jour.**

Coquelusédal Paracétamol 250

LOT 221965
EXP 05 2025
PPV 21.50 DH

6 118000 020356
Non remboursable
12 SUPPOSITOIRES ENFANTS
COQUELUSÉDAL PARACÉTAMOL 250



ENFANTS

12

suppositoires

Toux • Fièvre • Etats grippaux

ELERTE

