

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° W21-801417

N65191

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 12780 Société : Royal air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre : Nom & Prénom : SOUFIANE HANANE

Date de naissance : 18/06/1987

Adresse : VI 102 88 rue salam I, El Jadida

Tél. : 06-61-42-18-50 Total des frais engagés : 270, 00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/05/2023

Nom et prénom du malade : EP FATHENY Jasmine Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Vaccin

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 : EP 821, 53 Le : 05/05/2023

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
09-05-23			850.04	INP: 1111111111111111

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Signature	09/05/23	850.04

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

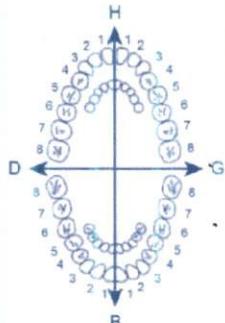
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

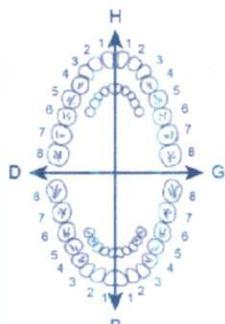
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP: 1111111111111111
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESSES DENTAIRES



H	D	G
25533412 00000000	21433552 00000000	
35533411	11433553	
		B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	D	G
25533412 00000000	21433552 00000000	
35533411	11433553	
		B

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Nadia FOUAD

Pédiatre



الدكتورة نادية فؤاد

طبيبة الأطفال والمواليد

El Jadida, Le 09.05.83

F A Clinic

l'enfant

SL FATHENY

JAS minE

A Pacje

Poum me

consultate

Dr Nadia
Pédiatre
18, Centre ibn Badis B, El Jadida
Tel.: 06 62 25 62 30

18, سرکز ابن بادیس ب - شارع ابن بادیس - الجديدة

Tél.: 0523 80 09 07 - E-mail : nadiafouad82@gmail.com

Dr Nadia FOUAD

Pédiatre



الدكتورة نادية فؤاد

طبيبة الأطفال والمواليد

El Jadida, Le 09-05-83

ELFAFACTORY JASMINE

20,90
Vitame D₃ - B.O.N

200.000 UI



PHARMACIE BOUDI
Dr Nadia FOUAD
5, Centre Ibn Badis B
Tel: 0523 80 09 07
ICE: 002115264000017

22,92

Dr Nadia FOUAD
Pédiatre
18, Centre Ibn Badis B - El Jadida
Tél: 0523 80 09 07



BATCH MAN 0422

HP428 EXP 0326

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

تقيد تماماً بالجرعات الموصدة

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/
يصرف فقط بموجب وصفة طبية

لائحة II - List II - II

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



PPV: 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
MA holder / صاحب مقرر التسجيل /

BOUCHARA-RECORDATI
GROUP

70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المُصَنِّع
HAUPT PHARMA

1, rue Comte de Sinard
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE