

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M23- 0026945

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12611

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHENALI

MOHAMED

Date de naissance :

16. 04. 1988

Adresse : Quartier

ALTAZ Residencia A7BAR3

Appt K 23

Casablanca

Tél. : 06 14 15 43 11

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24. 10. 2023

Nom et prénom du malade : CHENALI Chdiyahya Age:
13 NOV. 2023

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affectus

Reptitive

Age:
13 NOV. 2023

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Pathologie

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 :
Pathologie

Le : / /
Pathologie

Signature de l'adhérent(e) :
Pathologie



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
24/11/2023			C 250,00 H	Yacine Madi di Madi Lot. Haddou Casablanca 05 2233 57 20

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CASAVILLE <i>Centre Commercial - Casablanca</i>	27/10/23	900,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

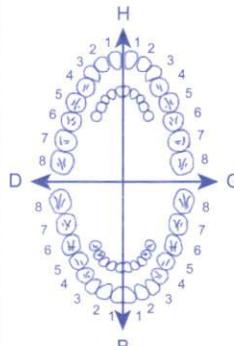
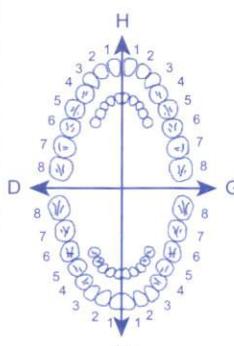
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet Dr. Amal DAMIR

عيادة الدكتورة أمال ضمير



Pédiatre

Spécialiste des maladies des Enfants

Nourrissons ,Nouveaux -nés

27.10.2023

Allergologue

Action et Allergie des Enfants

اختصاصية في أمراض

الرضع و الاطفال

اختصاصية في حساسية الاطفال

و أمراض الريو الضيقية

Nourrisson CHEMALLI Ghali Yahya

28,90

Age : 14 mois 5 jours

Poids : 10,30 Kg

1- AMOXIL SUSPENSION 250MG

Prendre 1 cuillère-mesure le matin, à midi et le soir, pendant 7 jours.

30,00

2- BÉTASTÈNE GOUTTE

100 gouttes le matin pendant 5 jours

98,00

3- PEDIAKID TOUX

5 ml , 3 fois par jour pendant 7 jours

16,30

4- SOUFRANE GOUTTE NASALE

Prendre 1 goutte le matin, à midi et le soir, pendant 7 jours.

27,30

5- KETODERM 2% CRÈME

Faire 1 application le matin et le soir, pendant 10 jours.

200,50

LOT : 2822
PER : 03 - 25
P.P.V: 30 DH 00

Dr. Amal DAMIR
Pédiatre
Nassim Islane - Casablanca
Centre Commercial International Casablanca
Bd. Othmara El Hidoune
PHARMACIE CASABLANCA

الرجو إحترام وصفة الطبية

16,30

Bd.Abu Bakr El Kadiri,Lotissement Haddiou N° 497, Sidi Maârouf - Casablanca

شارع أبو بكر القادري تجزئة الحديبو 497 - سيدى معروف - الدار البيضاء

Tél : 05 22 33 57 20 - GSM : 06 61 09 74 40 - E-mail: damiramal25@hotmail.com

Amoxil 250

mg/5 ml poudre pour
amoxicilline suspension buvable

..... cuillère(s)-mesure(s) fois par jour à prendre indifféremment avant, pendant ou après les repas, pendant jours.

مقاييس ملعقة... أيام بعض النظر عن اتخاذ قبل أو أثناء أو بعد وجبات الطعام لمدة ... أيام

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

بوصفة طبية فقط
احترام الجرعات الموصوفة

PPV : 28,90 DH

LOT : 651580

PER : 02/2026

composition :

amoxicilline (sous forme trihydratée) 250mg pour une cuillère-mesure de sirop reconstitué soit 5ml.

اموكسيسيلين 250 ملخ مقاييس ملعقة شراب معاد تشكيل أي مايعادل 5 مل

Le médicament contient de l'aspartam et des sels de sodium, après addition d'eau non gazeuse jusqu'au trait circulaire, on obtient 60ml de sirop reconstitué soit 12 cuillères-mesure de 5ml.

في هذا الدواء على الأسيتام و أملاح الصوديوم. بعد إضافة الماء غير الغاز بود الخط الدائري، تحصل على 60 مل من الشراب أي مايعادل 12 ملعقة 5 مل