

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 caractère personnel.

N° W19-440023

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

12948

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Nom & Prénom :

HOUACHTI

Autre :

Zineb

Date de naissance :

31/03/84

Adresse :

Résidence Amban
Casablanca

Tél. :

0661154727

Total des frais engagés :

398,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

12.09.2019

Age: 6ans

Nom et prénom du malade :

AIDA BENJET HIBA

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Angine

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 :

Casablanca

Le : 12 SEP. 2019

Signature de l'adhérent(e) :

VISA
CARD

VO

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Espace Marocain - Abou Ishek Al Maroufi - Casablanca - Tél : 05 22 99 83 63 Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DES SCIENCES</i>	<i>12/9/19</i>	<i>98,90</i>
<i>Entrée 299 4810</i>		

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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	INP : <input type="text"/>
				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 PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H 25533412 21433582 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession				
NET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <input type="text"/>				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <input type="text"/>				



**Cabinet
de Pédiatrie**

الأستاذة رشيدة شامي و الأستاذة فاطنة سهيل

Professeur Fatna Souhail & Professeur Rachida Chami

Professeurs de l'Enseignement Supérieur de Pédiatrie

Faculté de Médecine de Casablanca

Pédiatrie Générale, Néonatalogie, Pneumologie, Asthme
Exploration et prise en charge des allergies de l'enfant

Casablanca, le

12.09.2019

AIDANI Hiba



SIROP 500

Prise matin et soir pendant 6 jours

GERMINA



Prise matin et soir pendant 6 jours

ENE 0,1 % sol buv : Fl/150ml

1 petite cuillère 3 fois par jour 20 minutes avant les repas
à la demande en cas de nausées ou vomissements

4 DOLIPRANE 300 mg pdre p sol buv : 12Sach

1 boite

1 sachet toutes les 6 heures pendant 2 jours

5 NURODOL SIROP

1 dose de 23 kg si fièvre entre les prises de Doliprane

PHARMACIE DES SCIENCES
Centre Commercial CASABLANCA
Tél. : 022 99 48 14

Dr. Rachida CHAMI
Professeur de Pédiatrie
Espace Maârif Angle Brahim Roudani et
Abou Ishak Al Maroun - Casablanca
Tél : 05 22 99 63 63

