

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.

N° W19-440101

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricole : 12514 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : AIT MAHDY LAHCEN

Date de naissance : 16-06-84

Adresse : PERLE DE NOUACER II imm6 APPT 10
NOUACER

Tél. : 0674 69 15 26 Total des frais engagés : 769,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 06 SEPT 2019

Nom et prénom du malade : Sofia - Ait Mahdi Age : 3 mois

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Vaccination

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 : CASA Lieu : ROYAL AIR MAROC Date : 16/09/2019

Parent(e) : Amj

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10/09/2010 | cs | 200,00 DT | INP : <input type="text"/> | Dr. POUISSE MOUNIA Pédiatre |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|---|
| 569,- DA | 06/09/19 | PHARMACIE HAY AL MANZAH <u>Lot Al Manzah Imm. 2 Mag. 1</u> <u>Tél: 05 22.51.51.84</u> <u>MPE: 062088778</u> |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> </td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | | | G | B | 00000000 | 00000000 | 35533411 | | 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p> | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. FOUSSI MOUNIA
Pédiatre

Ancienne Résidente du CHU Ibn Rochd
Diplômée de la Faculté de Médecine et de
la Pharmacie de Casablanca



د. الفويسى مونية

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع
طبيبة مقيدة سابقاً بمستشفى ابن رشد للأطفال
دكتورة كلينيك البارزة
والصيغة بالدار البيضاء

le : **06 SEPT 2019**

Nom :

Sofia

Ait Mahdi

299,-

infan'z

HIB SV

LOT/MFD/EXP:

AROLC133AB

12-2017

11-2020



270,-

Rotafin

SV

T = 569,-

LOT/MFD/EXP:

A20CB511A

10-2017

09-2020



PHARMAC
Lot. Al Mar
Tél: 05
INPEX

ID: 623486
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 270,00 DH
6 118001 141708

use under medical supervision

Dr. FOUESSI MOUNIA
Pédiatre
Av. de la Résistance El Wahda I, N° 98
Deroua. Tel: 05 22 51 42 88
E-mail: mouniafouissi@gmail.com

ID: 623484
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 299,00 DH
6 118001 140701

شارع المقاومة، الوحدة ٩٨ ، الدروة

Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)
Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com