

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **Biologie 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.

## **Éducation :**

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

(46721)

## **Déclaration de Maladie : N° P19-0015619**

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04652 Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

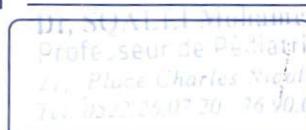
Nom & Prénom : CHAKIL ND Date de naissance : 02/01/1961

Adresse : Rue Amira Bent oualid les Beldha

Tél. : 0665 014841 Total des frais engagés : 1000 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30 SEP 2020

Nom et prénom du malade : CHAKIL salim Age : 59 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection Respiratoire

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/10/2020

### 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
30 SEP. 2020	03		250,00	<i>M. A. L. M. Mohamed Dr. Charles Nicolle 10/07/2020 - 26/07/2020 - 26/07/2020</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE LUNE D'ANFA Avenue Driss Slaoui Casablanca tél. : 0522 39 30 30 N° INPE : 092022482</i>	23.07.2020	F = 161

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de

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

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Mohamed SQALLI HOUSSAINI**

**الدكتور محمد صقلي حسيني**

**Professeur de Pédiatrie**

**أستاذ جامعي في طب الأطفال**

Ancien Chef de Service de Réanimation Pédiatrique et  
de Néonatalogie Hôpital d'Enfants C.H.U. Ibn Rochd

**رئيس سابق لمصلحة إنعاش الأطفال**

Spécialiste des Maladies des Enfants et des Nourrissons

**والولود الجديد - مستشفى ابن رشد**

Pathologie Néonatale - Urgences Pédiatriques

**اختصاصي في أمراض الأطفال والرضيع**

Exploration et traitement de l'Asthme de l'Enfant

**أمراض المولود الجديد المستعجلات الطبية**

Membre de la Société Pédiatrique de Pneumologie

**تشخيص وعلاج مرض الضيق عند الأطفال**

et d'Allergologie

**عضو جمعية الأطفال المختصة في الجهاز التنفسى والحساسية**

Casablanca, le ..... الدار البيضاء، في

**30.09.2020**

**Enfant CHAKIL Salim**

**Age : 7 ans 7 mois**

**36,20**

**36,20**

**1 ERLUS SIROP ( 60 ML)(> 1 AN )**

Pipette à 2,5 ml, le matin, pendant 7 jours (1 - 5 ans )



**45,30**

**2 VENTOLINE AÉROSOL(200 BOUFFÉES)**

2 bouffées 4 fois / jour, pendant 5 jours

**79,50**

**3 APIXOL SIROP ENFANT (NN)**

1 cuillère à café, 3 fois / jour, pendant 7 jours (> 4 ans)

**T = 161.**

**PHARMACIE D'UNE D'ANFA**  
11, Avenue Driss Slaoui  
Casablanca  
Tél.: 0522 39 30 30  
N° INPE : 092022482

**Dr SQALLI Mohamed**  
Professeur de Pédiatrie  
21, Place Charles Nicolle Casablanca  
Tél.: 05 22 26 07 20 - 05 22 26 90 07 - Fax : 05 22 29 78 67 - GSM: 06 61 14 98 84 - E-mail : azhoum@yahoo.fr