

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.

M22- 0048642

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4769

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HILAL HACIMA

Date de naissance : 1/1/63

Adresse : 1779 Bd ROUARUI GAFI

Télé : 0617178656

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 15/11/2013

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: Upper Left (UL) teeth 1 through 4, Upper Right (UR) teeth 1 through 4, Lower Left (LL) teeth 1 through 8, and Lower Right (LR) teeth 1 through 8. A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis pointing upwards and the horizontal axis pointing to the right. The origin is at the center of the arch. The quadrants are labeled: D (Lower Left) on the left, H (Upper Left) at the top, G (Lower Right) on the right, and B (Lower Right) at the bottom.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Siège social

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc
 Tél. : 05 22 31 21 63 - 05 22 31 01 69 - Fax : 05 22 31 38 84
 S.A. au Capital de 1.796.170.800 de DH - R.C. 15.207 - C.N.S.S. 111.6666
 PATENTE : 35101950 - I.F. 01084830 - ICE : 001530601000041
 Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances
www.rmaassurance.com

**RMA**ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE**FEUILLE DE DECOMPTE DESTINEE A L'ASSURE**

Employeur	: MAROC BUREAU						Page 1/1
Assuré	: KAMEL KHALID						
N° Affiliation	: 00130838 00 002525						
Personne soignée	: KAMEL KHALID						
N° Entreprise	: 2022032 00						
Nature de la maladie							
Nature des Prestations		Cotation NLT	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement
CONSULT. SPEC.		0	0	290.00	250.00	85.00	212.50
PHARMACIE		1	0	514.60	431.10	85.00	358.44
TOTAL				764.60	681.10		578.94
1-1: PRODUIT RHINOLAYA: NON REMBOURSEABLE							Montant A Remboursé
							578.94

F04-004 VERSION 01 DU 15.07.1998

Siège social

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc
 Tél : 05 22 31 21 63 - 05 22 31 01 69 - Fax : 05 22 31 38 84
 S.A. au Capital de 1.796.170.800 de DH - R.C. 15.207 - C.N.S.S. 111.6666
 PATENTE : 35101950 - I.F. 01084830 - ICE : 001530601000041
 Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances
www.rmaassurance.com

FEUILLE DE DECOMPTE DESTINEE A L'ASSURE

Employeur	MAROC BUREAU			Page	1/1
Assuré	KAMEL KHALID	Ref (C / V)	02966120		
N° Affiliation	00130838 00 002525	N° Externe			
Personne signée	KAMEL KHALID	Date ouverture	05/01/2023		
N° émission	2022032 00	Date règlement	10/01/2023		
Nature de la maladie					
Nature des Prestations	Cotation M.T	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement
CONSULT.SPEC.	0	0	250.00	250.00	65.00
PHARMACIE	10	0	514.60	481.10	65.00
TOTAL			764.60	681.10	65.00
-1: PRODUIT RHINOLAYA : NON REMBOURSEABLE					Montant A Rembourser
					578.34



Siège social
03, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc
Tel. 0522 31 21 63 - 0522 31 03 80 - Fax. 0522 31 38 84
SA au capital de 1.000.000.000 DH - Enseignes régis n° 00 - 17.000.000.000 DH de chiffre d'affaires
WWW.FITURASUR.COM.MA



Vol. 11, No. 1

تصريح بالمرض

Déclaration de maladie

Type of declaration

~~Matadile~~

Maternité Optique

© Clinique

Traitements spéciaux

N° d'affiliation

Intersubjects

Souscripteur

MAROC - BUREAU

Causes of the movement

N° de police

Adresse:

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom

Adresse

nts concernant l'assuré(e)

3d Rondani in voll. (A SA)

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom

s concernant le malade

Lien de parenté

ontant des frais engagés :

DHS

16415

Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration

Signature de l'assuré(e)

براص ملائمه

ANTIQU
fam
de
appel
lie, e
es cau

Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade :

Kamel Khalid

Date de naissance :

Nature de la maladie :

Aff. DR

En cas d'accident :

(préciser causes et circonstances)

Dr. IDRISI Abdelhamid
QSL et Chirurgie Face et Cou
103, Rue Chaouia - Casa
Tel: 05 22 22 01 41

Nature des prestations

Praticien	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
	22/12/2022	es	250		Dr. IDRISI Abdelhamid QSL et Chirurgie Face et Cou 103, Rue Chaouia - Casa Tel: 05 22 22 01 41

Médecin traitant

aires
aux

Pharmacie

Signature & enclaves

Pharmacie du Louvre
36, Boulevard des Argeliers
Casablanca - Tel: 0522 25 32 0
pharmaciedulouvre@gmail.com

Recommandations importantes

- Etablir une déclaration par personne et par maladie.
 - La déclaration doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives (ordonnances médicales, résultats des examens de radiologie et laboratoire).
 - Joindre à la déclaration de maladie les vignettes ou à défaut les prospectus et le P.P.M concernant les médicaments.

Lorsque la personne malade bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement livré par cet organisme.

In cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : joindre une facture détaillée et équittée sur laquelle devra être précisé l'ensemble des prestations.

Mai de remise des pièces : toutes les pièces concernant une maladie ou un accident de travail doivent être remises au plus tard après la cessation des soins.



CABINET O.R.L.

- NEZ - GORGE - OREILLES
- CHIRURGIE DE LA FACE ET DE COU
- CANCEROLOGIE CERVICO - FACIALE

Docteur Abdelhamid IDRISI
SPECIALISTE

الدكتور عبد الحميد IDRISI
اختصاصي

DIPLOMÉ DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

خريج كلية الطب بيباريس

S.V

40,00 Casablanca, le 22 - 12 - 2022

195,20 ~~Effipred 20 mg~~ 244 Kumel Khalid
139,50 ~~Xyflu 400~~ ou Zivbox 400

83,50 ~~ice. 281~~ x 81 Rhinolax 1 fort

41,10 ~~e prl 31/11~~ Bronchostat 1 an 85

15,30 ~~1/2 Supr 31~~ V.F.C. sans sue

T: 514,60 ~~100~~

ناظمة للنقوت - مasseuse العالقين النبضي - الهاتف: 052220141 / 0522268182 - العنوان: Rue Chaouia ex. Colbert, Angle Lalla Yacout - Place Tahar Sebli - Tel: 052220141 / 0522268182

Dr. IDRISI
O.R.L. Chirurgie
des voies
respiratoires

Pharmacie du Louvre
26, Boulevard du 9 Avril - Palmier
Casablanca - Tel: 0522253205
pharmacie.dulouvre@gmail.com

re
er
15
m

