

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0030836

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : Société : Pay Lowi

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom :

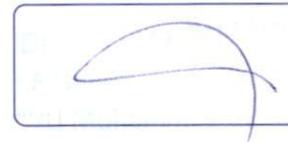
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13 / 01 / 23

Nom et prénom du malade : Majid Ben Abdellah 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 :

Le :

Signature de l'adhérent[e] :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22- 0030836

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent[e].

Matricule :

Nom de l'adhérent[e] :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
13/4/23	Opérations		100.00	Hôpital Mohamed V N° 14 des Huicelles Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Derb Berrahma MANSOURI Malika rue El Khlil - Lazare Al Akhmiss - Hôpital Razi INPE 082020959	18-4-23	53.60

NALYSES - RADIographies

Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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	

VOLET ADHERENT

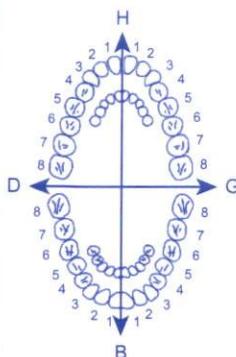
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

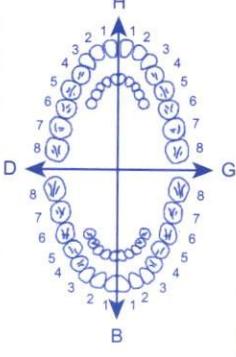
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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

Facture N° 2023/P/4325

Organisme : ROYALE MAROCAINE D'ASSURANCE



Bénéficiaire			Adhérent	
IP : 395 253	DI : 2 129 709	N° : 8 994 670	Nom et prénom :	NAJAT LECHEHAB
Nom et prénom :	NAJAT LECHEHAB		N° Immatriculation :	***
N° CIN :	F201384		N° Affiliation :	
Date Consultation :	18/04/2023 10:51:13		Lien avec l'assuré :	LABORATOIRE CENTRA
Service :	PSYCHIATRIE			

Code	Description	Quantité	Prix	Total Net
CNPSY	CONSULTATION D'UN PSYCHIATRE	1,00	100,00	100,00

Arrêtée la présente facture à la somme cent
 Dhs et zéro centimes

Total Général : 100,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD

Créé par : AAZZAoui

Le : 18/04/2023 10:55:37

Imprimée par: AAZZAoui

Le : 18/04/2023 10:55:37





Index patient :	395253	رقم التسجيل
Nom patient	NAJAT LECHEHAB	الاسم و النسب
Origine	EXTERNE	الوجهة المرسلة
Rendez-vous	<u>18/04/2023 10:51</u>	الموعد
Consultation	PSY22 : CONSULTATION RESIDENT PSYCHIATRIE DR CHANDAD ANCIEN MALADE DU SPECIALISTE PSYCHIATRIE	الاختصاص
Organisme		التغطية الصحية
Tarif de la consultation	100,00 DH	التسعيرة
Pièces à fournir		الوثائق الضرورية

الرجو منكم الحضور ساعة قبل الموعد مرفقا بنسخة من بطاقة التعريف الوطنية للمستفيد.
Prière de se présenter une heure avant l'heure de rendez vous pour régler les frais en apportant une copie de la CIN.

Hôpital Sans Tabac

وصفة طبية ORDONNANCE

Oujda, le : 18/01/23
 Nom prénom : leelatnafat najat
 N° de dossier :
 Ville : 255123

2x 126,8g 39 52 53

(+) No do p 5mg

0268

253,6g 1/2 61 J Pdt 5g

Pris 1/epi J



DUREE DE TRAITEMENT : 2 mois مدة العلاج :
 RENDEZ-VOUS LE : 2 mois الموعد المسبق :

Titulaire de l'AMM : Cipla Maroc
BP 4491, 11850 - Ain Aouda - Maroc
Fabriqué par : Pharmaceutical Institute

صاحب الترخيص : سيلا المغرب
من ب. 11850 - 4491 عن العونة - المغرب
يصنع من طرف : معهد الصناعات

Composition

Sertraline Chlorhydrate (DCI) 50mg كلوريدرات السيرتالين
Excipients q.s.p 1 comprimé مسحوقات د.د.ل قرص

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

يجب احترام المقادير المحددة

SUR ORDONNANCE MÉDICALE LISTE I

Litho Type

NO-DEP® 50mg

Sertraline

30 Comprimés pelliculés
sécables

LOT : 400

PER : SEP 2024

PPV : 126 DH 80

CiplaMaroc

INDICATIONS ET POSOLOGIE

Se conformer à la prescription du médecin.

CONDITIONS D'EMPLOI

Voir notice à l'intérieur.

Voie orale.

CONDITIONS DE CONSERVATION

A conserver à une température ≤ 30°C.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

دواعي الإستعمال و المقادير

التزموا بوصفة طبيكم التزاما دقينا

شروط الإستعمال

أنظر إلى الشرة داخله

عن طريق الم

المحافظة

· هذا الدواء في درجة حرارية تقل عن 30° مئوية أو تعلقها

· هذا الدواء في متناول الأطفال

66X20X84

NO-DEP® 50mg

Sertraline

30 Comprimés pelliculés
sécables

LOT : 416

PER : NOV 2024

PPV : 126 DH 80

CiplaMaroc

INDICATIONS ET POSOLOGIE

Se conformer à la prescription du médecin.

CONDITIONS D'EMPLOI

Voir notice à l'intérieur.

Voie orale.

CONDITIONS DE CONSERVATION

A conserver à une température ≤ 30°C.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

دوعي الاستعمال و المقادير

الترموا بوصفة طبيبك التزاماً دققاً

شروط الاستعمال

أنظر إلى النشرة داخلة

عن طريق الفم

المحافظة

يمتنقظ بهذا الدواء في درجة حرارية تقل عن 30° شوية أو تعادلها

لا تتركوا هنا الدواء في متناول الأطفال

OTAUX
PORTS

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
C.H.U Mohammed VI" d'Oujda
Hôpital de la santé mentale et des
maladies psychiatriques

FACTURE

2023/P/4325

N° 035907

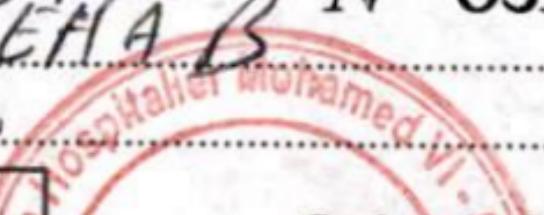
QUITTANCE

Reçu du M..... *M A S A T* LE CHÉFÉ HA B

La somme de : *80000*

Nature de la recette	EX	Sommes
<i>ENPS</i>	23	<i>100,00</i>
Total		<i>100,00</i>

Cette quittance fournit en un seul exemplaire



18/04/2023
Cachet du Service
Régie des Recettes
Signature Régisseur de Recette

