

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

Nº M21- 068937

194719

Optique Autres

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 5510

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FAKHOURI Abdelilah

Date de naissance : 23 octobre 1964

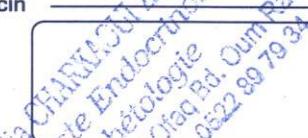
Adresse : 16/06/1964

Tél. : 066 37 81 84

Total des frais engagés : 4188,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/06/2014

Nom et prénom du malade : FAKHOURI Abdelilah Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Diabète

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) :



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
06/02/2014		C2	300ds.	<i>Dr. M. A. Al Ofaq Endocrinologist Diabetologist Residence Al Ofaq Bd. Oufcabi Tel: 0522 99 4803</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DR STEPHANIE HAMZA</i>	06/02/2014	3888,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du 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
		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	
				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	35533411	11433553
G		

(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 Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI

**ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE
OBESITE - NUTRITION**

**Ex Médecin Chef du Centre Régional
de Diabétologie**

Sur rendez-vous

الدكتورة خديجة الشرقاوي زهوانى

اختصاصية أمراض السكري وأمراض الغدد

السمنة - التغدية

طبيبة رئيسة سابقاً للمركز المجهري

الأمراض السكري

بالموعد

6 - 8 - 84

Casablanca, le :

FATHOUR



8-9670-73-270-2

57100x2x Novo rap 20U/1 16 05 46,00 46,00 46,00

20U/1 16 05 46,00 46,00 46,00

46,00x3x Polynum 16 05 46,00 46,00 46,00

419,00x3

**M82 100x3x Forxiga 10 mg/ml 5ml
Forxiga 10 mg/ml 5ml Oum Rabii
Résidence Al Ofok Bd. Oum Rabii
1000 إقامة الأفق شارع أم الريبع - الألفة - الدار البيضاء**

Forxiga

100x3x Forxiga 10 mg/ml 5ml

Vita C1000

**Maphar
Bd Aïkonia N° 6, Cl.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg/ml 5ml
P.P.V : 419,00 DH**

**Maphar
Bd Aïkonia N° 6, Cl.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg/ml 5ml
P.P.V : 419,00 DH**

**Maphar
Bd Aïkonia N° 6, Cl.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg/ml 5ml
P.P.V : 419,00 DH**

**5x3ml
Ryzodeg® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégluclée/Insuline Asparte
PPV:1182,00 MAD**



**PPV 15DH30
EXP 04/2026
LOT 34037 14**

**Sur Rendez-vous
1: 06 31 89 60 35
الهاتف:**

**100, Résidence Al Ofok Bd. Oum Rabii - Oulfa - Ha
رقم 100 إقامة الأفق شارع أم الريبع - الألفة - الدار البيضاء**

2-22-2-L-4956-8

~~PIX~~ 5
1915

3888,50

LA PHARMACIE HAMZA
Lalla Fatima Route 8 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 70 10 28

PPV: 74 DH 50
PER: 12/26
LOT: M4156

PPV: 79DH70
PER: 10/26
LOT: MZ546



51118001 185023