

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 063957

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2334 Société : 34175

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NADIE ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 :

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) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient												
				Coefficient des travaux <input type="text"/>											
				Montant des soins <input type="text"/>											
				Début d'exécution <input type="text"/>											
				Fin d'exécution <input type="text"/>											
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D 00000000	35533411	00000000	11433553	Montant des soins <input type="text"/>
	H		G												
	25533412	00000000	21433552	00000000											
D 00000000	35533411	00000000	11433553												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>												
			Fin d'exécution <input type="text"/>												
Visa et cachet du praticien		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution													

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14 / 0030723			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 14 / 0030723

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adherent
Nom & Prénom			
Fonction	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date	
Nature de la maladie	Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Signature et cachet du médecin			
PHARMACIE	Date 15/17/20		
Montant de la facture	2274,70		
Signature Abdelhakim Dr. BENSLIMANE Mohammed			
Résidence Al Ansal Imm. 7 N° 4			
El Rahma Der Bouazza - Casablanca			
Tél 05 22 65 85 70			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET		CACHET	

الطبيب سامي مصطفى

جراحة الرأس و الدماغ
جراحة العمود الفقري
التخطيط الكهربائي للدماغ

39, شارع رجال المسكيني - البيضاء
الهاتف : 05 22 31 44 76
05 22 45 05 64
فاكس : 05 22 31 95 61

رقم الرخصة : 4235 ل 76.2.2
الزيارة بالموعد

Casablanca, le 06 AVR. 2020

$$\frac{24104}{1580}$$

Mr. Nadif

Abdullah

Madagascar

 $\frac{1}{2}c$

$\times 6/2$ (bottle de 2L)

Asker-dil 75

craft

ich: apus - rebe

Strux

I'm over it.

25 85 70 le AOV

Travel 50

Alptra 0,5

1. a mol

Dr. SAMI Mustapha
Neuro-Chirurgien
39, Bd. Rahal El Mekini
Tél: 0922 31 44 76 - Casablanca

PHARMACIE ABDELHAKIM

Magasin 4 Gh6, immeuble 7
Ikamat Al Amal, Errahma,
Casablanca.
Téléphone : 0522.65.85.70
Patente N° :



FACTURE

Facturé à :

Mohammed Abdelhakim

Date :

N° Facture :

Pour : Achat de médicaments

Désignation

Quantité

Prix unitaire

Prix Total

Trivastal 50mg LP



5 119,50 597,50

Madopar 250



5 298,00 1490,00

Imovane 7,5mg 120



5 41,50 207,50

Taraxet 25/130



1 24,70 24,70

110,50

TRIVASTAL® 50mg LP
30 Comprimés enrobés
à libération prolongée



6 118000 100287

PHARMACIE Abdelhakim
Dr. BENSLIMANE Mohammed
Résidence Al Amal Imm. 7 N° 4
Errahma Der Bouazza Casablanca
Tel : 05 22 65 85 70

TARAXET® 25 mg
Hydroxyzine

30 Comprimés enrobés
à libération prolongée



6 118000 022954

24,70

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Voie 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Voie 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca

Imovane 7,5mg cp pell
séc b20
P.P.V. : 41,50 DH



6 118000 012368

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca

Imovane 7,5mg cp pell
séc b20
P.P.V. : 41,50 DH



6 118000 012368

TRIVASTAL® 50mg LP
30 Comprimés enrobés
à libération prolongée



6 118000 100287

TRIVASTAL® 50mg LP
30 Comprimés enrobés
à libération prolongée



6 118000 100287

TRIVASTAL® 50mg LP
30 Comprimés enrobés
à libération prolongée



6 118000 100287

TRIVASTAL® 50mg LP
30 Comprimés enrobés
à libération prolongée



6 118000 100287

T = 22