

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.

armacie :

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.

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.

entaire :

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

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 P19- 059058

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3678

Société : RAM

BR188

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RASSIF MOHAMMED

Date de naissance :

27/08/1969

Adresse :

N°18, Rue Ned El yaqidi Quartier
des ligotann CASABLANCA

Tél. : 0600386123

Total des frais engagés : #1506,00 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 : CASA

Le : 23/07/2022

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 canalaires, 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		<p>Détermination du coefficient masticatoire</p> <table border="1"> <tr> <td>DROITE</td> <td>11 21</td> <td>GAUCHE</td> <td>22</td> <td>HAUT</td> <td>23 24</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>13</td> <td>23</td> <td>25</td> <td>25</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>15</td> <td>24</td> <td>26</td> <td>27</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>17</td> <td>25</td> <td>27</td> <td>28</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18</td> <td></td> <td>26</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>27</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>28</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> <td>36</td> <td>37</td> <td>BAS</td> <td>38 39</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>35</td> <td>34</td> <td></td> <td>40 41</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>33</td> <td>32</td> <td></td> <td>42 43</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>31</td> <td>30</td> <td></td> <td>44 45</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>32</td> <td>31</td> <td></td> <td>46 47</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>33</td> <td>32</td> <td></td> <td>48</td> </tr> </table>				DROITE	11 21	GAUCHE	22	HAUT	23 24	12	13	23	25	25	26	14	15	24	26	27	28	16	17	25	27	28		18		26						27						28						36	37	BAS	38 39			35	34		40 41			33	32		42 43			31	30		44 45			32	31		46 47			33	32		48
DROITE	11 21	GAUCHE	22	HAUT	23 24																																																																														
12	13	23	25	25	26																																																																														
14	15	24	26	27	28																																																																														
16	17	25	27	28																																																																															
18		26																																																																																	
		27																																																																																	
		28																																																																																	
		36	37	BAS	38 39																																																																														
		35	34		40 41																																																																														
		33	32		42 43																																																																														
		31	30		44 45																																																																														
		32	31		46 47																																																																														
		33	32		48																																																																														
		D	H	G	Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																																																																														
<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553																																																																																
<p>Verso de la feuille du praticien à l'attention du devis</p>		<p>Verso et cachet du praticien attestant l'exécution</p>																																																																																	

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	P 14 / 54855	
Date de Dépot	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 / 0054855

DATE DE DEPOT

/ 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 3678	
Nom & Prénom RASSIF Latifa Mohamed Fonction CDB Phones 0600386123 Mail m.rassif@royalairmaroc.com			
MEDECIN		Prénom du patient LATIFA	
<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age 54		Date 25/05/2013	
Nature de la maladie HTA		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances Non			
Nature des actes 1 1/2		Nbre de Coefficient + ECG	Montant détaillé des honoraires 300 100
PHARMACIE		Date 25/05/2013	
Montant de la facture 1106,10			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
		CACHET	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	
		CACHET	

Dr. Ilhame HJIAJ Ep. BENOMAR

الدكتورة الهام احبيج بنعمر

Cardiologie Adulste
et Pédiatrique

Diplômée de la faculté
de Médecine de Liège
Belgique

Ancienne Interne des Hôpitaux de
Montpellier et Paris - France



PHARMACIE ALEXANDRIE

Mme BENJELLOUN Fouzia

Docteur en Pharmacie

35, Boulevard Alexandria

Tél: 0522.86.15.13 - Casablanca

INPE: 020004456 - ICE: 001837 636 000 007

Casablanca, le:

25/05/2020

Nom: Dr ELAFAF Laib

110,80x3
110 A 1/2 sachet 75: dep.
53,00x3
26 Dipicor 5: 1cp
57,00x3
37,00x3
30,70x3
Kardigic 75: 1cp
60,40x3 (en carboxyspirine)
55 Amarel 2mg: 1cp
28,60x6 Glucophage 1000:
110,610



اختصاصية في أمراض القلب
للكبار والأطفال

خريجة كلية الطببى لطب السكري

بلجيك

طبيبة سابقة بمسقط

مونبولي وباريس - باريس

35, Boulevard Alexandria

Tél: 0522.86.15.13 - Casablanca

INPE: 020004456 - ICE: 001837 636 000 007

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
KARDEGIC 75MG
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V: 30DH70

LOT: 11 LOT: 2020009
PER.: 2021
P.E.: 2021

6 118000 061847

AMAREL 2MG

LOT: 10 LOT: 19E002

PER.: 2022
P.E.: 2022

6 118000 060031

AMAREL 2MG

CP B30

P.P.V: 60DH40

PE: 2022

6 118000 060031

LOT :
EXP :
PPV :
£3,00

P.P.V: 110DH80
LOT: B22833
EXP: 08.2021

LOT :
EXP :
PPV :
53,00

P.P.V: 110DH80
LOT: B22833
EXP: 08.2021

LOT :
EXP :
PPV :
53,00

P.P.V: 110DH80
LOT: B22833
EXP: 08.2021

LOT : 200176
UT AV: 01/2023
PPV: 57,80 DH

LOT 200172
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

LOT N°: PPV (DH):

LOT : 200177
UT AV: 01/2023
PPV: 57,80 DH

LOT 200172
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

LOT N°: PPV (DH):

LOT : 200176
UT AV: 01/2023
PPV: 57,80 DH

LOT 200172
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

LOT N°: PPV (DH):

LOT 200172
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

LOT 200172
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

LOT 200172
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

Dr. Ilhame HJIAJ Ep. BENOMAR

الدكتورة إلهام أحجيج بنعمر

Cardiologie Adulte
et Pédiatrique

Diplômée de la faculté
de Médecine de Liège
Belgique

Ancienne Interne des Hôpitaux de
Montpellier et Paris - France



**ال اختصاصية في أمراض القلب
للkids والأطفال
خارجية كلية الطب
بلبيج - بلجيقا
طبية سابقة بمستشفيات
مونبولي وباريس - فرنسا**

Casablanca, le :

Casablanca, le : 21/05/2020

Nom : ELAFAF Lauta

Note d'honoraires

Le Dr HJIAJ Ilhame vous remercie de votre confiance et vous adresse la note d'honorai

Correspondant à :

Consultation : 300
 ECG : 100

- Echo-doppler cardiaque :
 - Echo-doppler des TSA :
 - Holter TA :
 - Holter ECG :
 - Epreuve d'effort :
 - Echocardiographie de stress :
 - Echographie transœsophagienne :
 - Autres :

EL-SAYED E. HEDJAJ
arbitrage à la C. Pédagogique
79, Rue de l'Ume, Anglet, B.C. 2 Mars
Pds. Corry d'Or - Casablanca
GSM: 06 77 00 44

79, rue de Rome Angle bd 2 mars.res Carré d'Or - RDC - Casablanca

Tél.: 05.22.81.54.54 / 05.22.82.54.54 - Urgence : 06. 61.71.00.44

IE : 401071103 - TP : 34450220 - CNSS : 8185523 - INP : 091163063

ICE · 001872067000018