

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.

Biologie 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.



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 059612

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000983 Société : D. 36528

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KEHELI, Keaz

Date de naissance : 21/08/1978

Adresse :

Tél. : 06-36-55-29-06 Total des frais engagés : 150,00 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 : Le : 12 / 08 / 2020

Signature de l'adhérent(e) : Keaz

**MUPRAS**Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc**P 17 / 047166****DATE DE DEPOT**

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom.....			
Fonction.....	Phones.....		
Mail.....			

MEDECIN	Prénom du patient KEHELI KENZA		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age.....
Nature de la maladie			Date 19/02/20
			Date 1ère visite.....

Gastralgies + DT2

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Consult.		150,00

PHARMACIE	Date 08/04/20
Montant de la facture 131,02	32,50

PHARMACEUTIQUE EL FARABI
Mme LAHBABI BENNANI Amina
45 Bd Bourgogne Casablanca
ICE 001654187000019
Tél 05 22 27 35 82

PHARMACEUTIQUE EL FARABI
Mme LAHBABI BENNANI Amina
45 Bd Bourgogne Casablanca
ICE 001654187000019
Tél 05 22 27 35 82

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date.....
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
CACHET		

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date.....
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

CACHET

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 style="width: 100%;" type="text"/>						
				Montant des soins <input style="width: 100%;" type="text"/>						
				Début d'exécution <input style="width: 100%;" type="text"/>						
				Fin d'exécution <input style="width: 100%;" type="text"/>						
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input style="width: 100%;" type="text"/>						
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> 25533412 00000000 D </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> 21433552 00000000 G </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> 00000000 35533411 </td> <td style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </td> </tr> </table>			H		25533412 00000000 D	21433552 00000000 G	00000000 35533411	00000000 11433553	Montant des soins <input style="width: 100%;" type="text"/>
	H									
	25533412 00000000 D	21433552 00000000 G								
	00000000 35533411	00000000 11433553								
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input style="width: 100%;" type="text"/>							
			Fin d'exécution <input style="width: 100%;" type="text"/>							
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution								

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle	
DECLARATION N° P 17 / 47166			
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			
Cachet MUPRAS			

Le: 08/04/20

Dr. Amal SALIM
Médecine Générale
Diabétologie Nutrition
Angle Bd. Bourgogne et Rue Abouchouja
El Fardj Appl. 4 - Casablanca
Tél. : 05 22 26 34 66

ORDONNANCE

M^{re} KEHELI Kenza

S.V.

1) Apixol spray gorge

8g, 501 app x 4/j

Pharmacie AL FARABI
45, Bd de Bourgogne - Casablanca
Tél: 05 22 27 35 82
TP: 35601098 - ICE: 001654187000019
INPE 092004639

Dr. Amal SALIM
Médecine Générale
Diabétologie Nutrition
Angle Bd. Bourgogne et Rue Abouchouja
El Fardj Appl. 4 - Casablanca
Tél : 05 22 26 34 66

Dr. Amal SALIM

Lauréate des Facultés de Médecine
de Rabat, Bordeaux et Rennes

Médecine Générale

Diabétologie - Nutrition

Echographie - Médecine du travail

الدكتورة أمال سليم

خريجة كليات الطب بالرباط
بوردو، رين

الطب العام

داء السكري و الحمية

الفحص بالصدى - طب الشغل

Casablanca, Le: 19/02/20

Mr KENELI Kenza

LOT 200148

2023/03

PPC: 89,50 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
MAALOX 460 mg sachets
Bte de 20
P.P.V 32,00 DH



1) Zeil plus



1 gel / j avant le repas

2) Daxlox st



1 st x 3 / j après les repas

32,00

صيدلية
Ph. AL FARBABI
45, Bd. de Bourgogne - Casablanca
Tél: 05 22 26 34 66 - 06 73 94 85 48

Pharmacia AL FARBABI
LAHBABI Amina
45, Bd de Bourgogne - Casablanca
Tél: 05 22 26 34 66 - 06 73 94 85 48
TP: 35601098 - ICE: 001654187000019
INPE 092004639

Dr. Amal SALIM
Médecine Générale
Angle Bd. Bourgogne et rue Abou Choujaa
El Fardi, Appt. N° 4, 1er étage - Casablanca
Tél : 05 22 26 34 66 - 06 73 94 85 48
dr.salimamal@gmail.com