

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

N° M20- 0008273

59462

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 0836 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JAHLEDDINE MOHAMED

Date de naissance : 01.01.1943

Adresse : N° 9, RUE MY EL DRISSI, EL AZHAR - BEKKÉPHIS.

Tél. : 06.41.64.46.65.

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

ALD

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

GLAUCOME

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 : BEKKÉPHIS

Le : 09/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Jaheddine

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Doeuvre 22. Dmohammed Telephone : 022.53.39.01 BERRECHID</i>	04.01.2021	764.20
	28.01.2021	764.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 la

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAISES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
FFFF0000	11A865E5

[Création, remont, adjonction]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
D	G											
00000000	00000000											
35533411	11433553											



HARMACIE 2000

LALLA ZINEB KADIRI

05 22 53 36 05

22 boulevard mohammed 5 , berrechid

Facture N° 20210129-242

Date de vente : 28/01/2021
Médecin traitant :

MR JAMAL EDDINE MOHAMED

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
COSOPT CL 20MG/5MG 5ML COLLYRE	1	164,20	TVA (7.00%)	164,20

LOT T020107 1
EXP 02/2022
PV 164.20 DH

Total HT	153,46 DHS
TVA	10,74 DHS
Total	164,20 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cent soixante-quatre DHS et vingt centimes

IF : 70742700 RC : 12920 ICE : 000510808000032
Tel : 05 22 53 36 05 RIB : ATTIJARI WAFA BANK 00778000036420000011923
Adresse : 22 boulevard mohammed 5 , berrechid

Dr. WAFA KADIRI
Docteur Kadir L. Zineb
22 boulevard mohammed V - BERRECHID
Téléphone : 022.53.36.05

HARMACIE 2000

LALLA ZINEB KADIRI

05 22 53 36 05

22 boulevard mohammed 5 , berrechid



Facture N° 20210129-735

Date de vente : 04/01/2021

Médecin traitant :

MR JAMAL EDDINE MOHAMED

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
COSOPT CL 20MG/5MG 5ML COLLYRE	1	164,20	TVA (7.00%)	164,20

LOT T022255
EXP 05/2022
PPV 164.20 DH

Total HT	153,46 DHS
TVA	10,74 DHS
Total	164,20 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cent soixante-quatre DHS et vingt centimes

Pharmacie 2000
Docteur Kadiri Zineb
22, bd mohammed V, BERRECHID
Téléphone : 022.53.36.05

IF : 70742700 RC : 12920 ICE : 000510808000032
Tel : 05 22 53 36 05 RIB : ATTIJARI WAFA BANK 007780000364200000011923
Adresse : 22 boulevard mohammed 5 , berrechid

valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : *Dr Boulit*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Jeanne Bellut*

Présente *+ HTO*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

de longue durée - (CoqH)

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

