

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.

entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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

61877

Déclaration de Maladie : N° S19-0005313

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9135 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENKADIR BRAHIM Date de naissance : 21/07/69
Adresse : BD OUD MELQUIYA N° 234 EL OULFA
Tél. : 0661734500 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :

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) :



RELEVÉ 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
	30/12/2020	245.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

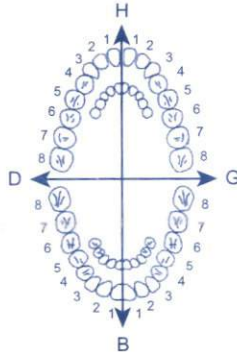
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

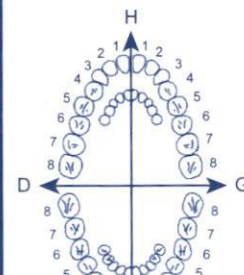
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA
ZEKRI Abdelati
Docteur en Pharmacie
222, Bd Oued Moulouya El Oulfa
Casablanca - Tél: 0522.90.51.13
ICE: 002267220000071

Docteur KHLAFA Mohamed

Diplôme d'Endocrinologie
Diabétologie - Maladies Nutritionnelles
Diplômé de l'Université
René Descartes
Paris

الدكتور خلافة محمد

إختصاصي في أمراض الغدد
أمراض السكري
أمراض التغذية
خريج جامعة روني ديكرت
باريس

Mohammedia, le 01-10-2020 في المحمدية

Ben Koumir
Bralim -

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V: 68,80 DH
6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V: 68,80 DH
6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V: 68,80 DH
6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V: 68,80 DH
6 118001 081325

68,80

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V: 68,80 DH
6 118001 081325

68,80

6 118001 160488
JANUMET® 50/850 mg
AMM 58DMP/21/NCJ
Boîte de 56 comprimés pelliculés.
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 428,00 DH

PHARMACIE WILAYA
ZEKRI Abdelati
Docteur en Pharmacie
222, Bd Oued Moulouya El Oulfa
Casablanca - Tél: 0522.90.51.13
ICE: 001573273000063

Tra - 6 mi

68,80

034 TR
En DÉPÔT À LA PHARMACIE
13 Rue Baghdad - 1er étage - Tél: 05 23 32 04 44

13, زنة بغداد الطابق الأول - الهاتف : 05 23 32 04 44 - المحمدية

13, Rue Baghdad 1^{er} étage - Tél.: 05 23 32 04 44 - Mohammedia - Email : doc.khlafamohamed@gmail.com

☒ **valable 3 mois**

01/10/2020
Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	M Khef Mohamed
Certifie que Mlle, Mme, M. :	BENKADMIER BRAHIM
Présente	DIABETE
Nécessitant un traitement d'une durée de :	traitement au long cours
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

01.10.2020

Docteur KHALFA MOHAMMED
En Médecine Interne
En Diabétologie - Endocrinologie
Diplômé de l'Université Paris
13 rue Daoud - 13001 Marseille
Tél : 0491 10 01 01