

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

iologie 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.

que :

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 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.

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.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

68558

Déclaration de Maladie

Nº M21- 0037809

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :

4652

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAKIL

MARAME

Date de naissance :

02-01-1961

Adresse :

Rue Amina Bent Oualy 6 Rte Beno

Saltana Apt 2 quartier Racine casa

Tél. :

066501081

Total des frais engagés : 2218,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age :

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 un caractère 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 : Casablanca

Le : 13/04/2021

Signature de l'adhérent[e] :

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
Dr. AZIZI - Pharmacie KHEIR ALI SARL 9, Rue Ibnou Yakkha El Fenn Marrakech Tél: 0524 27 28 - Fax: 0522 95 09 22	13-04-2011	2219410

NPE : 092036649

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

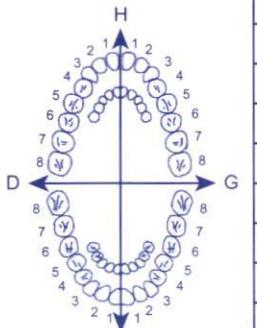
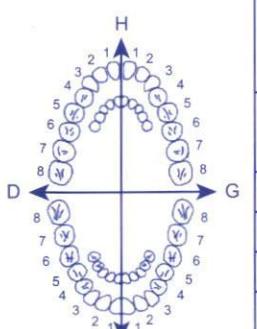
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				Coefficient des Travaux																		
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G			MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS																		
				DATE DE L'EXECUTION																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE KHEOPS

9 rue yaala ifrani maarif

R.C : 263140

Patente: 35710151

T.V.A :

C.N.S.S: 2702076

Tél : 05 22 94 97 28

Le 13/04/2021

FACTURE N°720817

N° ICE : 00196030300063

CHAKIL MOHAMMED

N° IF : 40718791

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
3	CARDIOASPIRINE 100 MG/30	27,70	0,00	27,70	83,10		83,10		
3	BIPROL 5MG	40,70	0,00	40,70	122,10		122,10	7,99	7,00
3	VASTAREL 35MG LM B/60 CP	150,40	0,00	150,40	451,20		451,20		
3	CRESTOR 20 MG/28	261,00	0,00	261,00	783,00		783,00		
2	GALVUS MET 50/850 60 CO	390,00	0,00	390,00	780,00		780,00		

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Barcode: 6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Barcode: 6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Barcode: 6 118001 090280

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain seba Casablanca
Crestor 20mg cp pell b30
P.P.V. : 261,00 DH

Barcode: 6 118001 183128

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain seba Casablanca
Crestor 20mg cp pell b30
P.P.V. : 261,00 DH

Barcode: 6 118001 183128

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain seba Casablanca
Crestor 20mg cp pell b30
P.P.V. : 261,00 DH

Barcode: 6 118001 183128

VASTAREL'35 mg

Dichlorhydrate de trimétazidine
60 Comprimés pelliculés

159,40

VASTAREL'35 mg

Dichlorhydrate de trimétazidine
60 Comprimés pelliculés

159,40

VASTAREL'35 mg

Dichlorhydrate de trimétazidine

159,40

10 820 39,90
P.P.V. 39,90 DH U
16H 169 39,90
24 10 068 01

05 1540 39,90
P.P.V. 39,90 DH U

6 118001 031085
GALVUS MET 50 mg/850 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390,00 DH

6 118001 031085
GALVUS MET 50 mg/850 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390,00 DH

DROIT TIMBRE 0.25%

BRUT TTC

0,00 - Remise

0,00 = NET TTC

2 219,40

Nombre d'Articles : 5

TVA 7% Base :

114,14 Montant :

7,99 TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :
Deux Mille Deux Cent Dix-neuf Dirhams et 40 centimes.