

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.

Radiologie 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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 046055

197927

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1506

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

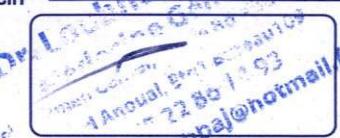
68 Rue Abderrahmane Abdellah Apt 3B
Residence Dounia CASABLANCA Hôpitaux EXT

Tél. 0681316306

Total des frais engagés : 654160 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/03/2024

Nom et prénom du malade : Abdellah DRIFIYA

Age: 70

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Perte de la vue

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 : Casablanca

Le : 04/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

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
04/03/2021			232	PIE : 091797
				Signature et cachet du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE IBN TOFAIL SIDI MOUSSA - CASABLANCA TÉL : 022 20 00 00</i>	1/3/24	104,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Loubna KABBAJ

Médecine générale

Femmes - Hommes - Enfants

- Ancien médecin Urgentiste Polyclinique
CNSS derb Ghellef, Casablanca
 - Diplôme Universitaire de Diabétologie
Faculté de Médecine de MONTPELLIER
 - Diplôme Inter-universitaire Hypertension Artérielle
Faculté de Médecine de STRASBOURG

Echographie générale

Electrocardiogramme

Casablanca, le: 04/03/2024 الدار البيضاء في

MME CHRHOUL DRISSIA

- **Amiprim 50mg - Comprimé**
1 Comprimé, soir pendant 2 mois
 - **Nuramag 37 $\frac{1}{2}$ mg - comprimé**
1 Comprimé, matin pendant 2 mois
 - **Vitanevril fort - comprimé dragéifié**
1 Comprimé, matin soir, pendant 2 mois

~~26,544~~

Dr. Lekhna Kabbaj
Abdelmounim
Biology
University College Dublin
Belfield, Dublin 4, Ireland
Tel: +353 22 56 14 93
Fax: +353 22 56 14 93
E-mail: L.kabbaj@hotmail.com

05 22 86 14 93
drkabbai@hotmail.com

Patente 34700377-ICE: 001619698000022

05 22 86 14 93

**Abdelmoumen center, Angle bd Abdelmoumen et Bd Anoual
1er étage, bureau 109 - Casablanca**

مجمع عبد المولى زاوية شارع عبد المولى وشارع أنوال الطابق الأول
الرقم 109 الدار البيضاء

AMIPRIM® 50 mg

AMIPRIM® 50 mg
30 comprimés sécables

59,30

59,30

VITANEVRIL® FORT 100 mg
30 comprimés

00 mg

PPV 26,90 DH
LOT L1366 PER 11/28

VITANEVRIL® FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés

EVIRIL® FOR

00 mg

PPV 26,90 DH
LOT L1366 PER 11/28

VITANEVRIL® FORT 100 mg
30 comprimés

100 mg

PPV 26,90 DH
LOT L1366 PER 11/28