

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.

Education :

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.

Maladie chronique :

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 0048663

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3288 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAHIDY AHMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 06 61 85 80 87 Total des frais engagés : 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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

Veillez 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 type="text"/>																									
				Montant des soins <input type="text"/>																									
				Début d'exécution <input type="text"/>																									
				Fin d'exécution <input type="text"/>																									
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H			G		25533412	21433552				00000000	00000000				00000000	00000000				35533411	11433553					Montant des soins <input type="text"/>
	H			G																									
	25533412	21433552																											
00000000	00000000																												
00000000	00000000																												
35533411	11433553																												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>																										
			Fin d'exécution <input type="text"/>																										
Visa et cachet du praticien attestant le <u>devis</u>		Visa et cachet du praticien attestant l' <u>exécution</u>																											

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17/0058497	
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			
MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc			



P 17/0058497

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 3288	
Nom & Prénom ZAHIDY SHEIK			
Fonction Spécialiste	Phones 0661258027		
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE		Date 16/7/19	
Montant de la facture		604,80	
PHARMACIE EL LOTF Mme. BENJELLOUN NEAMA 313, Bd. 9 Mars 1956 Casablanca Tel: 022.91.00.23			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

☒ **valable 3 mois**

Le 16 JUIL. 2019 / 20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, Mme, M. <u>Mr. ZAHID Y. Almeri</u>	
Présente <u>HTA Chronique</u>	
Nécessitant un traitement d'une durée de : <u>3 ans</u>	
Dont ci-joint ordonnance : <u>Alin 5g Ascard 16 (ou Cardioaspirine)</u>	
(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



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

56 قرص

5 mg



AMKor® 5 mg
56 COMPRIMÉS

UT.AV : 22

P.P.V.

LOT N° : 1271765

136 60

136,60

09366130/3

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

56 قرص

5 mg



AMKor® 5 mg
56 COMPRIMÉS

UT.AV : 22

P.P.V.

LOT N° : 1271765

136 60

136,60

09366130/3

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

56 قرص

5 mg



AMKor® 5 mg
56 COMPRIMÉS

UT.AV : 22

P.P.V.

LOT N° : 1271765

136 60

136,60

09366130/3

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

56 قرص

5 mg



AMKor® 5 mg
56 COMPRIMÉS

UT.AV : 22

P.P.V.

LOT N° : 1271765

136 60

136,60

09366130/3

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

56 قرص

5 mg



AMKor® 5 mg
56 COMPRIMÉS

UT.AV : 22

P.P.V.

LOT N° : 1271765

136 60

136,60

09366130/3

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

56 قرص

5 mg



AMKor® 5 mg
56 COMPRIMÉS

UT.AV : 22

P.P.V.

LOT N° : 1271765

136 60

136,60

09366130/3

PHARMACIE EL LOTF

MME BENJELLOUN

313 BD OUED TENSIFT EL OULFA CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 3600411

N° R.C. : 230302

N° ID.F. : 51506145

N° CNSS : 2110542

Tel : 910023

Fax :

MR ZAHIDY AHMED

N° ICE 51506145

Le : 16/07/2019

FACTURE N°:

1063/19

Qté	Désignation	Prix	Montant
4	CARDIO ASPIRINE	27.70	110.80
4	AMLOR 5MG/28 CP	89.20	356.80
1	AMLOR 5 MG BTE 56 CPS GM	136.60	136.60

Total : 604,20

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :
SIX CENT QUATRE DIRHAMS ET VINGT CTS

PHARMACIE EL LOTF
Mme BENJELLOUN
313 Bd Oued Tensift El Oulfa
Casablanca 910023