

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.

Adresses Mails utiles

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

Déclaration de Maladie

N° W19-441409

ND: 31633



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0002494

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KADI Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SELMAoui MALIKA 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) :



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
11/05/2020 CS			3.000 DT	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
720,40	11/05/2020	PHARMACIE EL MASJID EL HABIB

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

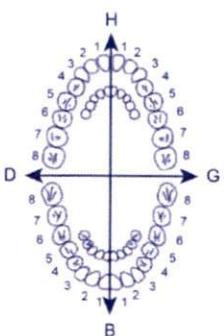
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

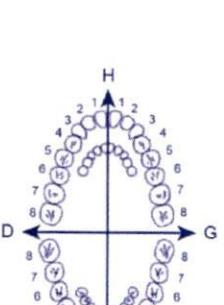
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 



ODF PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX 

MONTANTS DES SOINS 

DEBUT D'EXECUTION 

FIN D'EXECUTION 

COEFFICIENT DES TRAVAUX 

MONTANTS DES SOINS 

DATE DU DEVIS 

DATE DE L'EXECUTION 

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

11/05/2008

M. = Selmaoui Malika

(S.V)

2825

1 - aspirine 500 mg

(S.V)

2220

2 - codeine 30 mg

(S.V)

04/09/2008

3 - collyre 5 ml

(S.V)

149.000

Rx 1000 500 mg 2ml

(S.V)

149.000

(S.V)

149.000

Rx 1000 500 mg 2ml

(S.V)

KIMAX

FLEXIMAX

Composition:

Extrait sec
d'Harpagophytum 200mg
Cartilage de requin 250mg
Stéarate de Magnésium
Amidon de Maïs
Capsule végétale en HPMC

Poids net total: 18.5g



6 111261 530022

30 Gélules

LOT: FX 10

EXP. 02/2023

P.P.C: 149 Dh

49,40

12 comprimés



6

1118000 120322

P.P.C : 149 DH

distribué par :

ISSA N: ES5.349.16

FLEXI

PPV: 22DH20
PER: 01/22
LOT: J099

FORME ET PRESENTATION :

Gélule, Boite de 30

COMPOSITION (p

Extrait sec d'Harp

Stéarate de Mag

HPMC hyromélla

30 Gélules.

P.P.C : 149 DH



PROPRIETES :

FLEXIMAX est un produit

et permet ainsi un bi

CONSEILS D'UTILISATION

2 Gélules par jour.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Femmes enceintes

P.P.C : 149 DH

Ne pas dépasser

Ne pas laisser

A conserver à l'abri

30 Gélules

Poids net total: 18.5g

6 111261 530022

Fabriqué et Distribué par les labo
Promotion Médicale Health Innov
Complément alimentaire n'est pas
Autorisation du ministère de la santé
Autorisation sanitaire ONSSA N°EP

LOT 181762
EXP 08/2021
PPV 52.80 DH

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

N° 45.445 / 2020 du 11/05/2020

Nom patient : SELMAOUI MALIKA

Entrée 11/05/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 11/05/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation de neurochirurgie	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :			
TROIS CENTS DIRHAMS			
		Total	300,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 03 54 55
Fax: 05 22 89 28 54
E-mail: cheikhkhalifaibnzaid@chekhme.com