

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Pathologie 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.

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.

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
Nº P19- 050883

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 820

Société : 398111

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CMAKIR MOHAMED,

Date de naissance : C

Adresse : CITE M'KARKA BENNANI R 72

..... 12 20 Cas.

Tél. : 06 39 22 04 68 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

Age:



Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 14 SEP. 2020

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.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des
					<input type="text"/>
BROITE 12	11	21	22	GRUCHE	
13	14	23	24		
15	16	25	26		
17	18	27	28		
HAUT					
45	46	36	37		
47	48	38	39		
46	45	39	38		
44	43	38	37		
42	41	31	32		
33					
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
					<input type="text"/>
BROITE 12	11	21	22	GAUCHE	
13	14	23	24		
15	16	25	26		
17	18	27	28		
HAUT					
45	46	36	37		
47	48	38	39		
46	45	39	38		
44	43	38	37		
42	41	31	32		
D	25533412 00000000	H	21433552 00000000	G	<input type="text"/>
	00000000		00000000		
	35533411		11433553		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
VOLET ADHERENT		NOM :		Mle	
DECLARATION N°		W18-397853			
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

W18-397853

DATE DE DEPO

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	820															
Nom & Prénom		CHAKIR Med																
Fonction :		Phones	0639820468															
Mail		CASABLANCA																
MEDECIN	Prénom du patient M. CHAKIR mohamed																	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age															
Nature de la maladie		Date 09/09/2020																
Date 1ère visite																		
<p><i>Algo de cholestérol + oedème de cholestérol</i></p> <p>S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances</p>																		
<p style="text-align: right;">Docteur El Mostafa BAHLOU Médecine Générale - Médecin du Sport</p> <p style="text-align: right;">Sidi Othmane - CASABLANCA Tel: 0523 59 98 19 / 06 60 55 36 00</p>																		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires																
C1	1																	
PHARMACIE	Date 03.09.20																	
Montant de la facture		<p>279.30</p> <p style="text-align: right;">Signature</p> <p style="text-align: right;">S.A. 10-09-2020</p> <p style="text-align: right;">Pharmacie Sidi Othmane</p> <p style="text-align: right;">Avenue 9^e Mars 17500 Casablanca</p> <p style="text-align: right;">Tel: 0522 37 04 33</p>																
ANALYSES - RADIographies		Date :																
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires																	
<p>AUXILIAIRES MEDICAUX</p> <p>Date :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th>Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV						
Nombre				Montant détaillé des Honoraires														
AM	PC	IM	IV															

Dr. El Mostafa BAHLOUI

Médecine Générale

Médecine du Sport, Echographie Générale

Expertise Médicale

الدكتور مصطفى الباهليوي

الطب العام

الطب الرياضي، الشخص بالصدى

خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le

03/09/2020

الدار البيضاء، في

J. CHAKER Mchamef

Docteur El Mostafa BAHLOUI
133 Médecine Générale - Médecin du Sport
120, Bloc 58 Bd 10 Mars
Sidi Othmane - CASABLANCA
Tél: 05 22 59 98 19 / 06 60 55 36 09

133,60

61.50

y

Mosci 75 ml

PPV: 61DH50
PER: 02/23
LOT: J596

€2.20

3

PPV
PER
LOT
06/22
J1736

62.00

4

Vitaday Magneur 500

Lot : 18.275
EXP: 10/2021
PPC: 62,00 DH

Docteur El Mostafa BAHLOUI
Médecine Générale - Médecin du Sport
120, Bloc 58 Bd 10 Mars
Sidi Othmane - CASABLANCA
Tél: 05 22 59 98 19 / 06 60 55 36 09

شارع 10 مارس بلوك 58 رقم 120 الصناعة الأولى - سيدى عثمان - الدار البيضاء - المحمول : 06 61 04 70 75
Bd 10 Mars Bloc 58 N° 120, 1^{er} Etage - Sidi Othmane - Casablanca - GSM : 06 61 04 70 75