

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Prothèse dentaire :

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.



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

ND: 31474

Déclaration de Maladie : N° P19-0013341

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6183 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAYDOUR, KAMAL Date de naissance : 18/07/61

Adresse : An de Seta et province Tan Morjan 29 ap 11 ex

Tél : 0661339012 Total des frais engagés : 1250 Dh Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur ZAID Driss
Néphrologie
Centre de Maladies Rénales Dialyse
Al Hayat Oasis

Date de consultation : 17/06/2022 29, Rue Edmond Rostand - Oasis Casablanca

Nom et prénom du malade : ZHIMI SAMIHA Age: 39 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Lupus E - Néphropathie chronique - Insuff. Rénale

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 : 06/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 17/06/2020 | | | | Professeur ZAID Driba Néphrologie Centre de Maladies Rénales Dialyse Al Hayat Oasis 29, Rue Edmond Rostand - Oasis Casablanca |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE Al Hayat Oasis 29, Rue Edmond Rostand - Oasis Casablanca | 17/06/2020 | 1250,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

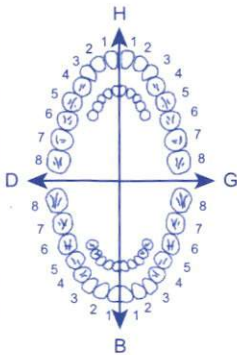
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |

RELEVÉ 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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

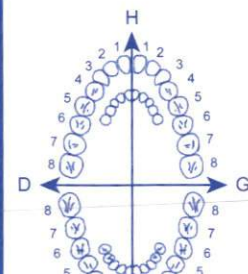
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| G | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS



CENTRE DE MALADIES RENALES DIALYSE AL HAYAT OASIS

CASABLANCA 17/08/2020



Professeur Zaid Driss
Néphrologie
Dialyse

Demi Samih



1250,00

Recommand 2000 ml

Lysha sous-cutané
par semaine

pendre 03 ml

**PHARMACIE
PUISSANCE PHARMA**
Angle place e - Rue Sidi Maarouf
Casablanca - Tél : 05 22 28 05 86
Tél : 3464 2771 - IF : 144 7437
Général : 93 18 958 - RC : 28 26 47
ICE : 001680915000043

Professeur Zaid Driss
Néphrologie
Centre de Maladies Rénales Dialyse
Al Hayat Oasis
29, Rue Edmond Rostand - Oasis
Casablanca



Recormon[®]

Epoetin beta / Epoétine bêta

2000 IU/UI / 0.3 ml



6 pre-filled syringes of 0.3 ml solution
for injection / 6 needles 27G1/2

€ **Distribué par Roche S.A.** 3 ml de
5 Bd. Sidi Med Ben Abdellah 27G1/2

Ivoire 05, Casablanca Marina

RECORMON 2 000 UI/0,3 ml 6 PFS

P.P.V. : 1 250,00 DH



717

