

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **tique :**

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.

## **ntaire :**

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.

## **adie 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- 063957

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 23301

Société :

34175

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : NADIF

ABDECCAH

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 : ..... 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 : ..... / ..... / .....

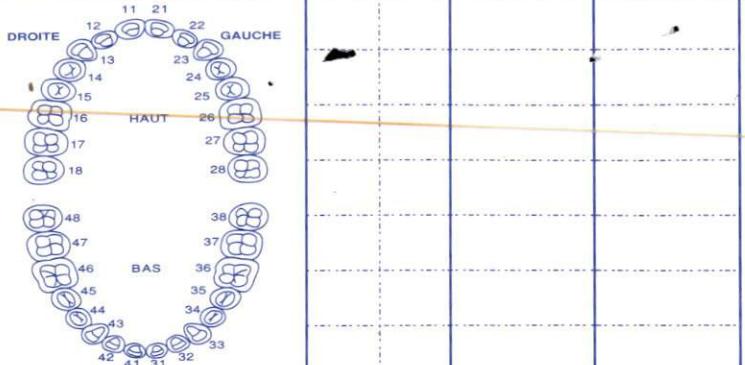
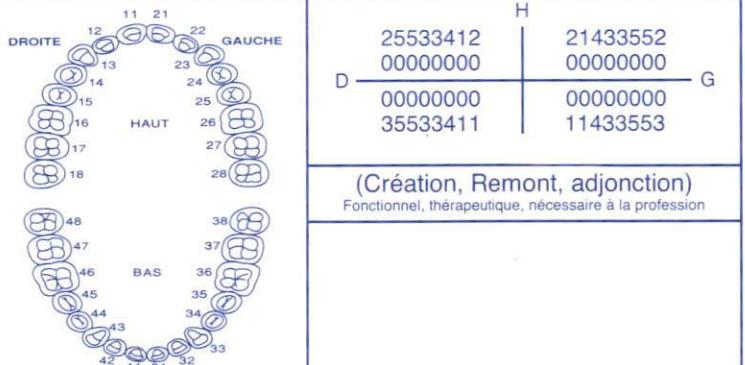
Signature de l'adhérent(e) : .....

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

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 |  |
|---|--|--|--|-------------|--|
|   |  |  |  |             | <b>Coefficient des travaux</b><br><b>Montant des soins</b><br><b>Début d'exécution</b><br><b>Fin d'exécution</b> |
| <b>O.D.F.</b><br><b>Prothèses dentaires</b>                                       |  | Détermination du coefficient masticatoire              |  |             | <b>Coefficient des travaux</b><br><b>Montant des soins</b><br><b>Date du devis</b><br><b>Fin d'exécution</b>     |
|  |  | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411 | H<br>21433552<br>00000000<br>G<br>00000000<br>11433553 |             | (Création, Remont, adjonction)<br>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession                         |
| Signature et cachet du praticien<br>Signature et cachet du dentiste               |  | Visa et cachet du praticien<br>attestant l'exécution   |  |             |  |

| VOLET ADHERENT  | NOM :          | Mle   |
|---|----------------|---|
| DECLARATION N° <b>P 14 / 0030723</b>  |                |  <b>MUPRAS</b><br>Mutuelle de Prévoyance<br>& d'Actions Sociales<br>de Royal Air Maroc |
| Date de Dépôt   | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes  |
| <b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b><br>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle |                |   |

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT   |                                   | Mle   | <i>Signature de l'adhérent</i> |
|--|-----------------------------------|---|--------------------------------|
| Nom & Prénom   |                                   |   |                                |
| Fonction   | Phones                            |   |                                |
| Mail   |                                   |   |                                |
| <b>MEDECIN</b>   | Prénom du patient                 |   |                                |
| Adhérent <input type="checkbox"/>  | Conjoint <input type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/>   | Age                            |
| Nature de la maladie   |                                   | Date  |                                |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances                                    |                                   | Date 1ère visite  |                                |
| Nature des actes   | Nbre de Coefficient               | Montant détaillé des honoraires   |                                |
| <b>PHARMACIE</b><br>Date <i>14/11/20</i><br>Montant de la facture<br><i>22 FL 70</i> |                                   | <i>Signature et cachet du medecin</i><br><i>Dr. BENSLIMANE Mohammed</i><br><i>Résidence Al Aml Imm. 7 N° 4</i><br><i>Ettalma Dar Boudza - Casablanca</i><br><i>Tel 05 24 65 85 70</i> |                                |
| <b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b><br>Date  |                                   | <i>CACHET</i>   |                                |
| Désignation des Coefficients   |                                   | Montant détaillé des Honoraires   |                                |
| <b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b><br>Date  |                                   | <i>CACHET</i>   |                                |
| Nombre<br>AM PC IM IV  |                                   | Montant détaillé des Honoraires   |                                |

## **Docteur SAMI MUSTAPHA**

NEURO - CHIRURGIEN  
AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX  
ELECTRO ENCEPHALOGRAPHIE  
EPILEPTOLOGIE

39, Bd. Rahal El Meskini - CASABLANCA  
Tél.: 05 22 31 44 76  
05 22 45 05 64  
Fax : 05 22 31 95 61

N° d'Autorisation : 4235 du 2.2.76  
Sur Rendez-vous

الطيب سامي مصطفى

جراحة الرأس والدماغ  
جراحة العمود الفقري  
خطيط الكهربائي للدم

39، شارع رحال المسكيني - البيضاء  
الهاتف : 05 22 31 44 76  
05 22 45 05 64  
فاكس : 05 22 31 95 61

رقم الرخصة: 4235 لـ 76.2.2  
الزيارة بالموعد

**Casablanca, le**

06 AVR. 2020

N. Nadef

Abdullah

6/3 1/21 1620  
6/1 1/21 1620 (buchi 126)  
6/22 6/27 1620

Askordil 75

ich. apus + red.

I'm a want.

Boat

for (3) more

10/6

Travel 50

-1- 全

- Alporaz 0,5

1. à mol

**Dr. SAMI Mustapha**  
Neuro-Chirurgien  
39, Bd. Rahal El Meskini  
Tél. 0522-314476 - Casablanca

PHARMACIE ABDELHAKIM

Magasin 4 Gh6, immeuble 7  
Ikamat Al Amal, Errahma,  
Casablanca.  
Téléphone : 0522.65.85.70  
Patente N° :



FACTURE

Facturé à :

Wadif Abdelhakim

Date : 15/17/20

N° Facture : 811

Pour : Achat de médicaments

| Désignation | Quantité | Prix unitaire | Prix Total |
|-------------|----------|---------------|------------|
|-------------|----------|---------------|------------|

|                     |   |        |        |
|---------------------|---|--------|--------|
| - Trivastal 50mg LP | 1 | 110,50 | 110,50 |
| - Nodopan 2x10      | 1 | 298,00 | 298,00 |
| - Imovane 7,5mg 120 | 1 | 41,50  | 41,50  |
| - Taraxet 2x130     | 1 | 24,50  | 24,50  |



T = 22



24,50

