

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.

adiologie 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.

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.

ladie 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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0004045

Optique *Oralast*
38243 *Scane*
 Autres *CC*

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Boulelmaiss Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.60.21.6.30.6 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Boulelmaiss Hiba Age : 22 ans

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : / /

Déclaration de Maladie

Nº P19-

045377

38243

*Oralast
Scane
CC*

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	25/09/20 10:00 AM					15.00 DH (7.5 DH par consultation cont d'h)

BELEVE 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 de l'ostéodensitométrie.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

ctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

عيادة حسن لطبي و العلاج الكهفي

CABINET DE REEDUCATION FONCTIONNELLE HAY HASSANI

FKIRA Hassan

Kinésithérapeute Rééducateur

58, Bd. Afghanistan
Hay Hassani - Casablanca
Tél.: 91.16.79



فقيرة حسن

اختصاصي في الترويض الطبي

58، شارع أفغانستان
الحي الحسني - الدار البيضاء
الهاتف : 91.16.79

FACTURE

Nom : BOUKHRAISS

Prénom : HIBA

Casablanca le, 25/09/20

Employeur :

Date de prescription : 24/06/20

Assurance : MURAS

Soins de rééducation au cabinet

Séances (Kinésithérapie): 10 (dix)

Honoraires: ~~10 x 150 DHT = 1500 DHT~~

rééducation Pour : Paralysie Faciale gauche

Appareillage (Orthèses, Contentions, Elastoplastes ...)

Intervention sur le terrain

Nature :

Montant

Montant Total : 1500 DHT
(mille cinq cent dh)



عيادة الترويض الطبيعي و العلاجات الكهربائية الحي الحسني

CABINET DE REEDUCATION FONCTIONNELLE HAY HASSANI

BEN FKIRA Hassan

Kinésithérapeute D.E

Rééducation Fonctionnelle

Maladie du Dos

Kinésithérapie du Sport

M: hiba

LE: 26/06/2018 LE: 03/07/2018

LE: 29/06/2018 LE: 08/07/2018

LE: 01/07/2018 LE: 08/07/2018

notre
Régla

58 Bd. Afghanistan

Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 05 22 91 16 79

N° Dossier:

LE: ~~10~~ / 07 / 12 = 12 e- ~~8~~ LE:

LE: ~~13~~ / 07 / 12 = 14 e- ~~8~~ LE:

LE: ~~27~~ / 07 / 12 = 14 e- ~~8~~ LE:

LE: ~~29~~ / 07 / 12 = 14 e- ~~8~~ LE:

LE: LE: