

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.

Diagnostique 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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 050185

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08219 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHBAZ HICHAM

Date de naissance : 07-06-1968

Adresse : 6 ILLOT 20 C.T. BOUSKOURA

Tél : 0661469595 Total des frais engagés : 497,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Niane Fatima Zohra
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR
15, Avenue 2 Mars
20400 - T4 0522 255 235

Date de consultation : 09/09/20

Nom et prénom du malade : KHBAZ ABIN Age : 19

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

Nature de la maladie : Affection Gynécologique

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 : 07/09/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 09/09/20 | C | 1 | 300,00 | Dr. Niane Fatima Zohra GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR 35, Avenue 2 Mars Casablanca 20400 - Tél. 0522 755 225 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 09/09/20 | 187,80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

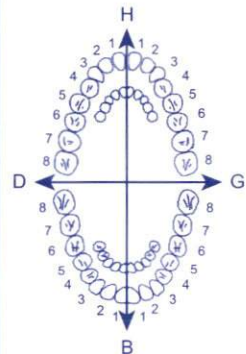
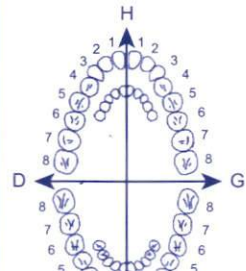
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| |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

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 canaux, ainsi que le bilan de l

| 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 <div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div> <div>H</div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>G</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> <div>B</div> </div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | |
|  | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | MONTANTS DES SOINS | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS | | |



Docteur Fatima Zohra Niane

الدكتورة فاطمة الزهراء نيان

Gynécologue - Obstétricien

Chirurgie Gynécologique, Mammaire et Coelioscopie.

Gynécologie Esthétique et Reconstructrice du Plancher Pelvien

Laser Gynécologique

09/09/2020

MLLE KHAZ ABIR

- Femipatch**

un patch pelvien toutes les 8 heures si douleur persiste à ne pas mettre au contact de la peau

- Ponstyl 500 mg - comprimé enrobé**

1 Comprimé, matin, soir, pendant , 5 jours

PPC : 79,50 Dhs

PPC : 79,50 Dhs

UT. AV. :

LOT N° :

PP.V

