

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.

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

N° P19- 051860

44082

Autres

Optique

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1069

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : ZAR6UI Aicha (épouse ZAR6U)

Nom & Prénom : ZAR6UI

Date de naissance :

Adresse :

DRIBI KABDOU m Sidi mohamed n° 50

Tél. : 0619 866026

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAARIBI Samir
Médecine Générale
Bloc 104 El Koudia - Hay Mohammad
N° 28, Rue 59 - Casablanca
Tél. : 0522 61 77 81

Date de consultation : 22/09/2020

Nom et prénom du malade : ZAR6UI Aicha Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Respiratory Disease
Inhalation of dust
Inhalation of dust

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 : 16/11/2020

Signature de l'adhérent[e] :

MUPRAS
ACCUEIL

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
23/09/2021	01	15000	INP 091 087 866	Dr. LAARIBI Samia Médecine Générale El Roudia - Hay Mohammed 28, Rue 59 Casablanca Tel: 0522 61 77 81

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Pharmacie Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 RUE 26, Dera Takadoum, N° 5 Casablanca Tel: 05 24 31 10	23.09.2020	183,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

RELEVE 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

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 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور لعربي سمير
Docteur Samir LAARIBI

MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE

الطب العام
الفحص بالصدى

Casablanca, Le : 23/09/2020 الدار البيضاء، في :

23/10

Z ARGU' AICHA



LYSANXIA



1 Gp/jr à 20 Heures X 02 Mois =
 $28,80 \times 3 =$



VITAMIN E



1 Gp x 3/jr X 01 Mois =

NEUTROGYL



1 Gp x 3/jr
74,00 GAN 100 g ANS
Grandiose



DR. LAARIBI Samir
Medecine Générale
Bloc 104 El Rouda - Hay Mohammadi
N° 28, Rue 59 - Casablanca
Tél.: 05 22 61 77 81

العيدي الحمدي - بلوك الكدية 104 - نفق 59 رقم 28 - البيضاء - الهاتف : 05 22 61 77 82 / المتنقل : 06 67 07 51 16
 Bloc Koudia, 104 Rue 59 N° 28 - Hay Mohammadi - Casablanca - Tél.: 05 22 61 77 81 - GSM : 06 67 07 51 16

UT.AV: 07 2023

P.P.V

23 10

LOT N°: 1287497

23,10

Lysanxia® 10 mg

40 comprimés



6 118000 250289

PPV

LOT 28,80

PER

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

PPV

LOT 28,80

PER

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

PPV

LOT 28,80

PER

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

Sothema
L. Tazi. Pharmacien Resp.

CARBOSYLANE - 48 doses

PPV 74.00 DH



6118001070393