

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.

Educational :

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 :

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.



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

47443

Déclaration de Maladie : N° S19- 0005698

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9483

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

MOUBLA Youssef

Date de naissance :

04/02/64

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

26/10/2020

Nom et prénom du malade :

OUJAI TACHOU

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Parodontite

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 :

CAHRAHRA

Le :

26/10/2020

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
26/10/2020	C1		15001+	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL WIRAK Dr. BOUDAD Abdelkader Rue 66 Lot. 778 El Wairak El Oufra CASABLANCA - Tél: 05.22.90.05.66	26/10/2020	181,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire National de référence Tél: 0900 61862	30.10.20	PCR	500,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

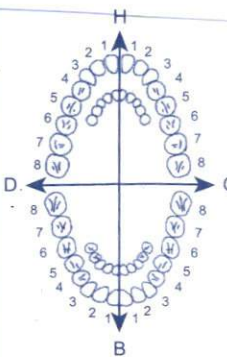
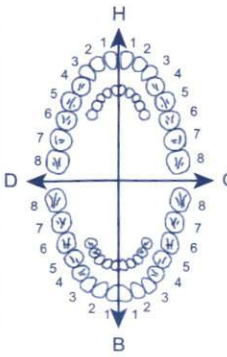
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OC

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date : 26/10/2020

ORDONNANCE

me MAGAT FACHOU

29/10/20

1) - ~~Aziro~~ e 800 (2 fois)

1/2 f / j pda 03g

1/2 f / j pda 6g

21,80

2) - ~~Aspirin~~ e 1000 8del

181,20

31 -

PHARMACIE EL WITFAK
Dr. BOUDAD A. EL WITFAK
Rue 66 Lot 778 El Witak E. Oulfa
CASABLANCA - Tel: 06.22.90.5556

Dr. BOUDAD A. EL WITFAK
Rue 66 Lot 778 El Witak E. Oulfa
CASABLANCA - Tel: 06.22.90.5556

PPV: 79DH70
PER: 09/23
LOT: J2417

AZIX 500 mg
Azithromycine
3 Comprimés sécables



PPV: 79DH70
PER: 09/23
LOT: J2417

AZIX 500 mg
Azithromycine
3 Comprimés sécables



LOT: 20E007
PER: 09/2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V: 21DH80



Le 26/10/2022

ORDONNANCE

Mme NGAT TACHOU

1)- PCR covid19



DR. EKHADRAJ WIDAD
Médecin Généraliste
El Witrak 3 Rue 65 El Oufia
CASABLANCA - Tél: 05 22 89 19 27
Gsm: 06 12 22 06 20

Identifiant du patient : 20K0027581

Date de naissance : 14/03/1972

Sexe : F

Date de l'examen : 30/10/2020

Prélevé le : 30/10/2020 à 07:49

Edité le : 30/10/2020 à 22:47

MACHOU NAJAT

Dossier N° : C201029267



DÉPISTAGE ET SUIVI DU COVID-19

BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

(Recherche qualitative de l'ARN du SARS-CoV-2, PCR en temps réel)

Nature du prélèvement

: Ecouvillon oropharyngé

CONCLUSION

: ARN viral du SARS-CoV-2 négatif

Signature
Laboratoire National
de référence

Le 30/10/2020 à 22:47

Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila

Signature
Hôpital Cheikh Khalifa Ben Zaid
Prof Jalila EL BAKKOURI
Médecin biologiste

FACTURE N° : 74019 / 20

Dossier réalisé le : 30/10/20 07:51

A l'attention de : **MACHOU NAJAT**

Identifiant du patient : **20K0027581**

Analyses :

COVID-19 - PCR

B 500

500,00 DHS

Total dossier : 500,00 DH

Arrêté la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

