

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### Biologie 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.

### Déclaration de 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° P19-0031217

Optique

ND: 8564

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1118 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LOUGANI Djalma

Date de naissance : 30.06.1964

Adresse : Hay El Hattouia Rue 12 N° 1 cste

Tél. : 06 76 35 19 64 Total des frais engagés : 394,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30.01.20

Nom et prénom du malade : Lougani Djalma Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : trans-atd e pdgnet

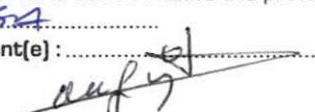
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : casab Le : 30.03.20

Signature de l'adhérent(e) :

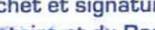


#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
30/01/2020	C		80	Dr. TALEB Sophie Centre de Santé Clinique CPAS DAB

Cache ou nisseur	Date	ORDONNANCES	
		Montant de la Facture	
05 22 75 21 27 Anas - L'Assurance GH 1A - Date 11 M.M. N° 161 Ahl Loughiam Tunisie	3.2.01.20	164,20	

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/01/2020	215	<del>150,-</del>

#### 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 l'ORL.

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

وصفة  
ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

Le 30/01/2020

Lougeni Mohamed



13,20

13,20

1) Algik

63,90

63,90

2) Biprofenid

LOT N°: 190944  
PER : 01-2021  
PPV : 86,90 DH

86,90  
164,00

1 p 25 g pés 27/04/2020

3) Aezur 20



1 p 5 g pés 27/04/2020

وصفة  
ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

X  
Le 30/01/2020

Longoni Mohamed

Pt. Rdignet  
gauche F



POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	1130505	N° SEJOUR :	200008535	FACTURE N° 2005005377			DATE D'ENTREE : 30/01/2020		DATE DE SORTIE : 30/01/2020			
ASSURE :							DESTINATAIRE :		LOUGANI,Mohamed			
MALADE :	JUGANI,Mohamed			UF: 5002 URGENCES								
NOM :	E FILLE :			N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :								
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
							% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE		Z		15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .				TOTaux :		150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS				REMISE :		0.00	REGLE:	150.00			AVOIR:	
				RESTE DU:		0.00						
DATE FACTURE : 30/01/2020		EDITEE LE : 30/01/2020		PAR: MOURAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA						N° DE POLICE :						
						DATE AT :						
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef						
						BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA						
						N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31						

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél: 0522-863021/27 Fax: 0522-864205 RDV: 0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	1130519	N° SEJOUR :	200008552	FACTURE N° 2005005384			DATE D'ENTREE :		30/01/2020	DATE DE SORTIE :		30/01/2020
ASSURE :							UF: 5002 URGENCES		DESTINATAIRE :		LOUGANI, Mohamed	
MALADE	LOUGANI, Mohamed			N° IMMAT C.N.S.S. :								
NOM JEUNE :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 1 :				N° SE. SOC. ETRANG. :								
TIERS PAYANT 2 :												
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :											
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE			
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT		
CONSULTATION DE MEDECIN.	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00		
CONSULTATION DE GENERALISTE												

Intervenant : 02012018 DR TALEB SOPHIA GENERALISTE	TOTAUX :	80.00								80.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	QUATRE-VINGT DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE :	
		REMISE :	0.00	REGLE :					AVOIR :	
		RESTE DU:	80.00							
DATE FACTURE : 30/01/2020	EDITEE LE : 30/01/2020	PAR: FENANI	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>							
VISA			N° DE POLICE :							
			DATE AT :							
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef							
			BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA							
			N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31							