

# 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.

## 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.

## Education :

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° P19-0047444

MUPRAS

RECEPTION 9 55826

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4093 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Gazzaz Adelhakim

Date de naissance : 15/03/1956

Adresse : Et. Al ONA II 2<sup>e</sup> étage N° H69

ADEROUA

Tél. : 0766081968 Total des frais engagés 11439,30 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30 NOV 2020

Nom et prénom du malade : GAZZAZ Adelhakim

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Loupogène + uverosolite

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 30/11/2020

Le : 30/11/2020

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 NOV. 2020	C	1	160	 Docteur ARAQI HOUSSAINI Nabil Médecine Générale 16, Rue Okba Benou Nafie BERRECHID - Tél. : 33.73.21

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE LA CONSERVATION</i> <i>dissement de la main N°18</i> <i>BERRE HID</i> <i>SI .. 05 12 32 45 71</i>	<i>30/11/20</i>	<i>€ 83,30</i>

## **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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		H
D		
	25533412	21433552
	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAIL

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

Dr. Araqi Houssaini Najib

الدكتور عراقي حسيني نجيب

MÉDECINE GÉNÉRALE

Echographie Générale

Ex. Médecin Chef des Forces

Royales A.R.s de Casablanca

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

16, Rue Okba Bnou Nafie - Berrechid

Tél. : 05 22 33 73 21

GSM : 06 62 07 65 56

الطب العام

الفحص بالصدى

طبيب رئيسي سابق بالقوات

الجوية الملكية بالدار البيضاء

خبير محقق لدى المحاكم

16, زنقة عقبة ابن نافع - برشيد

الهاتف: 05 22 33 73 21

المحمول: 06 62 07 65 56

30 NOV. 2020

CHASSIR

40,00

P Videlwolled

D - au PESY/ e 200

3 (S.V) W

avant ny

(S.V) (S.V) au mal

59,30

② B rxm 20 neg Bio. (S.V) W

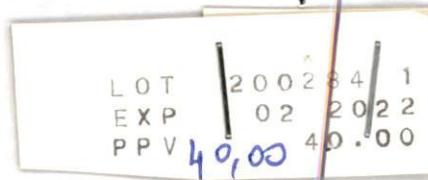
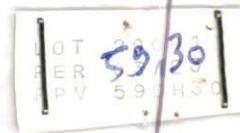
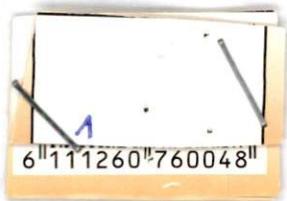
g4,00 au mal de ny

Raydoflex 2 cm W  
avant ny (S.V)

  
Docteur ARAQI HOUESSAINI Najib  
Médecine Générale  
16, Rue Okba Bnou Nafie  
BERRECHID - Tél. 33 73 21

PHARMACIE LA CONSERVATION  
Lotissement Laamiri N/18  
BERRECHID  
Tél. 05 22 32 45 71

289,30



✓.2

✓.3

✓.6

✓.8

✓.2

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00