

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Diologie 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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

N° P19-

049696

SB133

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06415 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : Retraite

Nom & Prénom : GOURTY MASSANE

Date de naissance : 01/01/1964

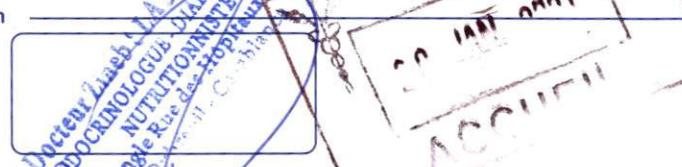
Adresse : N° 31, Rue des 9 anges, Ain Sefra

Casa

Tél. : 0676681495 Total des frais engagés : 1286 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/1/2021

Nom et prénom du malade : Gourty Massane Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète de type 2

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 : Casa Le : 22/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : Massane

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12/11/2021 | P | 30000 | 30000 | Docteur LINDA NDOCKNGO 40, Angle Rue des Popins & Rue Dubreuil, C. sahane, 93170 Levallois-Perret |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| HARMONIE CONSEIL place du Marché à Rio) | 12/11/2021 | 986,40 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

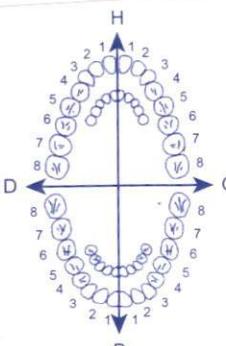
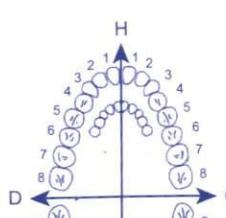
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |

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 d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Cœfficient | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|--|----------------------------------|---------------------------|------------------------|
|  | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H 25533412 00000000 35533411 | 21433552 00000000 11433553 | G 00000000 00000000 | B 00000000 |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE

NUTRITIONNISTE

Ex. Enseignante à la Faculté de

Médecine de Casablanca

Sur Rendez-vous



الدكتورة زينب السلاوي الديوري

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري

أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

بالموعد

Casablanca, le : 12-1-2021 الدار البيضاء، في :

2240x3 11- Gauthi Hassan
ASVARDI 11- Sept 3 mois
~~770x3~~ mme Goold 3 mois
~~SV~~ multini
18670x3 jean
CRESTIA 30 3 mois
Hox6 soir 3 mois
Diabetomy 1000 3 mois
986,40 mini
1000 soir
au milieu
du repas
3 mois

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE
40, Angle Rue des Hôpitaux
et Rue Dubreuil - Casablanca
Tél : 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebza Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 185,70 DH
6 118001 183111

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebza Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 185,70 DH
6 118001 183111

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebza Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 185,70 DH
6 118001 183111

78,70

21,00
PPV 21DH00
PER 09/23
LOT J2275

21,09
PPV 21DH00
PER 05/23
LOT J1557

21,00
PPV 21DH00
PER 09/23
LOT J2275

21,00
PPV 21DH00
PER 09/23
LOT J2275

21,00
PPV 21DH00
PER 05/23
LOT J2275

21,00
PPV 21DH00
PER 05/23
LOT J1557

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés
PPV 22DH40
EXP 08/2022
LOT 90012 ?

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés
PPV 22DH40
EXP 08/2022
LOT 90012 ?



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

valable 3 mois

Le 12/1 / 2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(à adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

BENODCRINOLOGUE-DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE
40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue
Dubreuil - Casablanca

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Dra Zineb El Aouadi

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Avie

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Zacteur Zinc & LAOUTIDIOURI
BENODCRINOLOGUE-DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE
40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue
Dubreuil - Casablanca