

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.

Rééducation :

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.



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

CA

57923

Déclaration de Maladie : N° S19-0000597

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11234

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MARNISSI Noureddine

Date de naissance : 12/07/1967

Adresse : lot 2 vinci n° 18

Appartement 06 oulfa G88

Tél : 0664 68113

Total des frais engagés : 379,50 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr ABID Abderrahmane
55, Bd Zerkouni Casablanca
Tél: 0522 49 00 00
Pédiatre

Date de consultation : 26/01/2021

Nom et prénom du malade : MARNISSI Amis

Age : 53 ans

Lien de parenté :

☐ Lurmen

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
28 JAN. 2021
ACCUSE RECEPTION
Le 26/01/2021

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
26.01.2021			300,00	Dr. M. Abderrahmane 35, Bd Zerktouni, Casablanca Tél: 020 49 08 08

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE 2092065440	26/01/2021	79,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

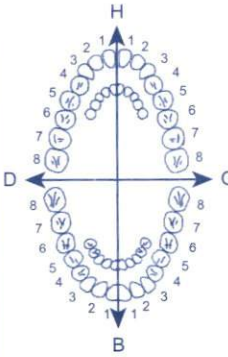
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ABID Abderrahmane

Professeur de pédiatrie

Ancien chef de service
à l'Hôpital d'Enfants - CHU Ibnou Rochd
Casablanca



الدكتور عابد عبد الرحمان

أستاذ في طب الأطفال

رئيس مصلحة سابقا
بمستشفى الأطفال - المركز الجامعي ابن رشد
الدار البيضاء

le 26.01.2021

Eaf and MADNISSI Lamin

PPC: 79,50 DH

79,50

7 ans

Apixolone

2 cu 3 fois à 4 fois / jour
X 3-5 jours

79,50

Pharmacie Al Fath Essalam
Tel: 0522 49 17 18
Pour Ordonnances

Dr ABID Abderrahmane
Pédiatre
55, Boulevard Zerktouni, 2^{ème} étage, N° 8
Tél: 0522 49 08 08

Pédiatrie Générale - Pneumo-Allergologie
Maladies Infectieuses - Immunologie Clinique - Vaccinologie

Consultations sur rendez-vous

Lundi, Mercredi : Horaire normal de 9H à 12H et de 14H à 17H

Mardi, Jeudi, Vendredi et Samedi : Horaire continu de 9H à 13H

55, Boulevard Zerktouni, 2^{ème} étage, N° 8 - شارع الزرقتوني، الطابق الثاني، رقم 55

Tél & Fax : 05 22 49 08 08 - E-mail : abid.abrhm@gmail.com