

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.

Educations :

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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALP :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

N° M20- 0008273

☒ Maladie

☐ Dentaire

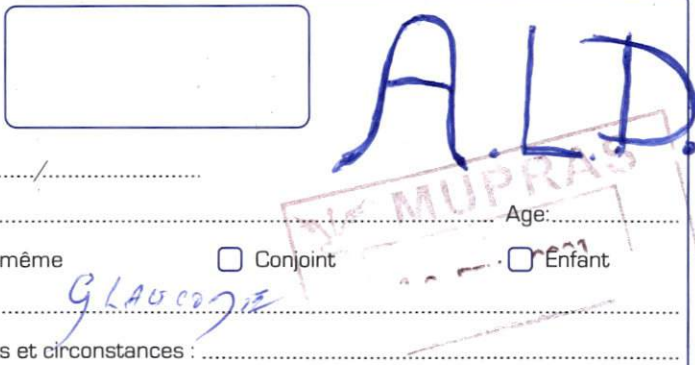
☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0836 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : JAMALEDDINE MOHAMED
Date de naissance : 01.01.1943
Adresse : 49, RUE MY IDRIS EL AZHAR, BERRERCHID.
Tél. : 06.41.44.46.65. Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : GLAUCOME
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 : BERRERCHID

Le : 09 / 01 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

04.01.2021

764.20

18.01.2021

764.20

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

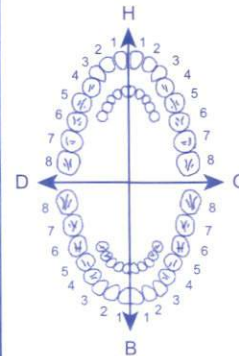
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



O.D.F

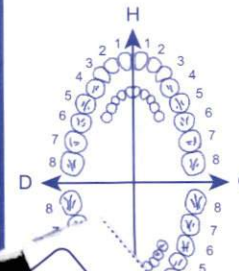
PROTHESES DENTAIRES

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

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

HARMACIE 2000

LALLA ZINEB KADIRI

05 22 53 36 05

22 boulevard mohammed 5 , berrechid



Facture N° 20210129-242

Date de vente : 28/01/2021
Médecin traitant :

MR JAMAL EDDINE MOHAMED

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
COSOPT CL 20MG/5MG 5ML COLLYRE	1	164,20	TVA (7.00%)	164,20

LOT T020107 1
EXP 02 2022
PV 164.20 DH

Total HT	153,46 DHS
TVA	10,74 DHS
Total	164,20 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cent soixante-quatre DHS et vingt centimes

IF : 70742700 RC : 12920 ICE : 000510808000032
Tel : 05 22 53 36 05 RIB : ATTIJARI Wafa BANK 007780000364200000011923
Adresse : 22 boulevard mohammed 5 , berrechid


HARMACIE 2000
Docteur Kadiri L. Zineb
22 bd Mohammed V - BERRECHID
Téléphone : 022.53.36.05

HARMACIE 2000

LALLA ZINEB KADIRI

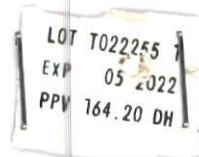
05 22 53 36 05

22 boulevard mohammed 5 , berrechid

**Facture N° 20210129-735**Date de vente : 04/01/2021
Médecin traitant :**MR JAMAL EDDINE MOHAMED**

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
COSOPT CL 20MG/5MG 5ML COLLYRE	1	164,20	TVA (7.00%)	164,20



Total HT 153,46 DHS

TVA 10,74 DHS

Total 164,20 DHS**Arrêté la présente facture à la somme de : cent soixante-quatre DHS et vingt centimes**IF : 70742700 RC : 12920 ICE : 000510808000032
Tel : 05 22 53 36 05 RIB : ATTIJARI Wafa Bank 007780000364200000011923
Adresse : 22 boulevard mohammed 5 , berrechid

☒ **valable 3 mois**

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Dr Boulet

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Jamellet Mohamed

Présente

1 HTO

Nécessitant un traitement d'une durée de :

de longue durée (Goutte)

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)