

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.

Prothésiste :

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.



Sous pli

MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 065350

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12116 Société : PFM 60862

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ST RAHOURT Mohamed

Date de naissance : 31. 6. 1966

Adresse : 14 Rue MARILLON VAL FLORIE

CASA

Tél. : 05 21 99 2601 Total des frais engagés : 11.63,80

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21.12.2010

Nom et prénom du malade : RATBA EL FARED

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

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) :

Le : 23/12/2011

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
11/12/20	C27K25		300,00	
	Audio grise		+ 600,00	
	Infidur Goutte		Fl 90,00	Dr. CHARNIER Spécialiste O.R.L. 0523251052298

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE GRANDE EL KADRI AGUEDA Secteur en Pharmacie Jabir Al Ansari Dabq Ghalle OS 22 23 28 51	11/12/10	269,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

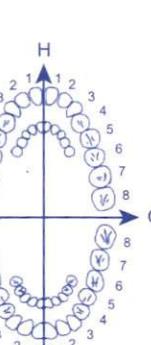
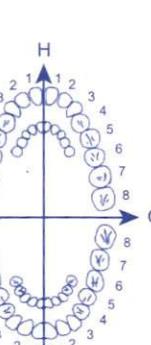
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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			
	25533412 00000000 D 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	H G B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Dr. CHRAIBI Mohamed Chakib

CABINET D'OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE
ET DE CHIRURGIE MAXILLO - FACIALE

Angle Bd Abdelmoumen et
82, Rue Soumaya (Immeuble Renault)
3ème Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

الدكتور الشرايبى محمد شكيب
عيادة أمراض الأنف - الأذن - الحنجرة
جراحة الوجه و العنق

82، زنقة سومية - شارع عبد المومن
عمارة رونو - الطبقه 3 - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

Casablanca, le : 11/12/14
الدار البيضاء في 11/12/14

134180 A 1. Ad TARD Roshe

~~1) Neurology~~ Xo.

51,00 1 x 21 50

28,00 1 x 21 50

31 1 x 21 50

1 ARMAC REGHALLER
ne. EL KADRI AGGAD PACH Laila
Docteur en Pharmacie
Sous Jaber Al Aissari - Dpt. Ghaller
Tél.: 05 22 25 26 19 x 81

31 1 x 21 50

263,70 3 x 21 50

AS AS AS

DR. CHRAIBI Mde. Chakib
Spécialiste O.R.L.
TEL: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

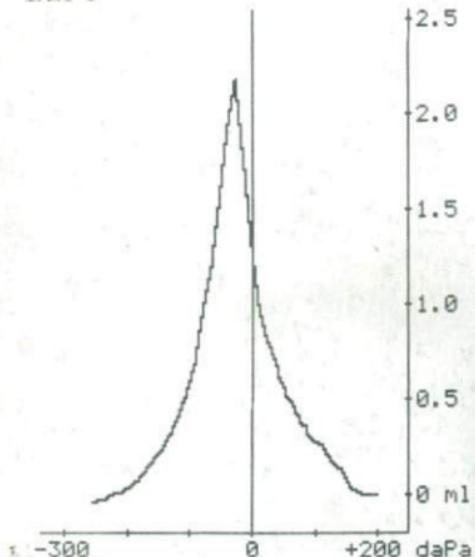
Decay

TYMPANOGRAM

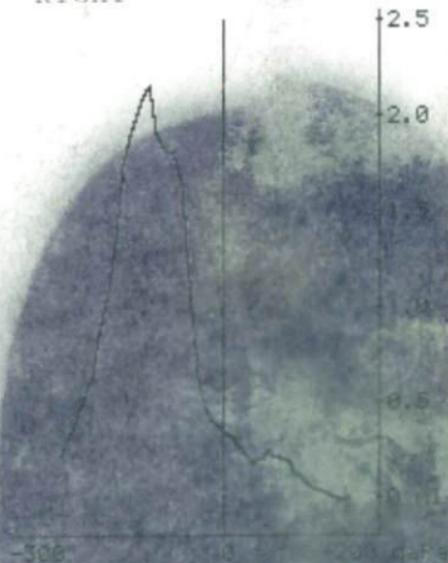
Name

11/12/20
Date
Name: Mme ELIZABETH RIBH
ID: 10
CHAK 10/10/2020 11:13

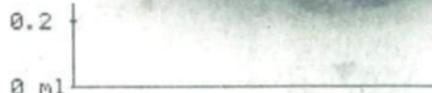
LEFT



RIGHT



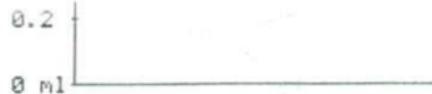
Volume 1.98 ml
Compliance 2.19 ml
Pressure -27 daPa

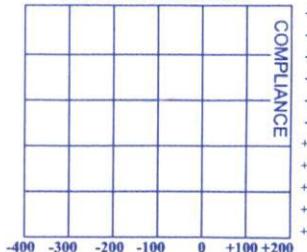
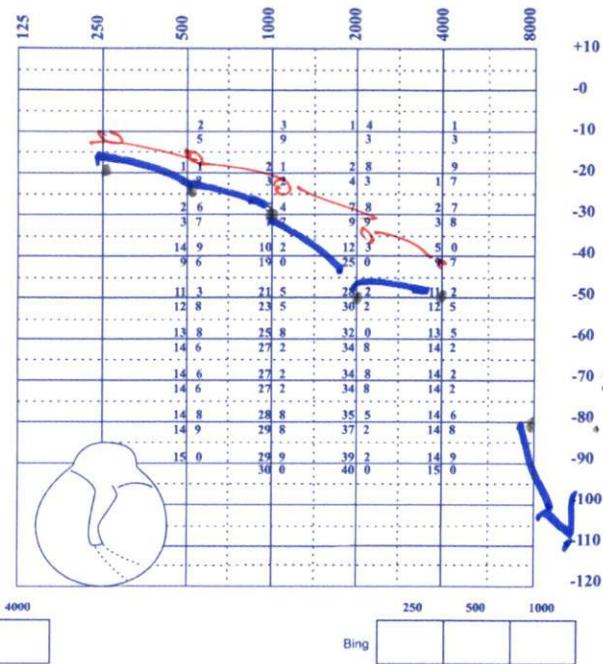
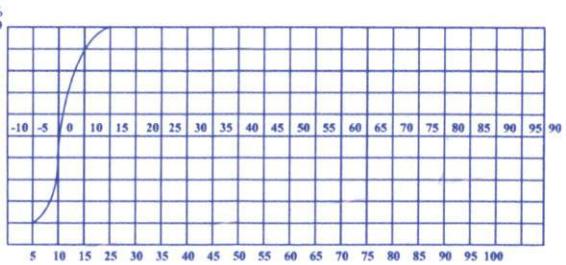
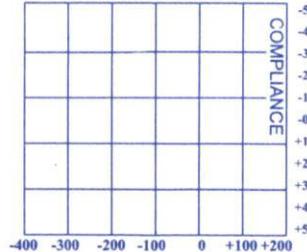
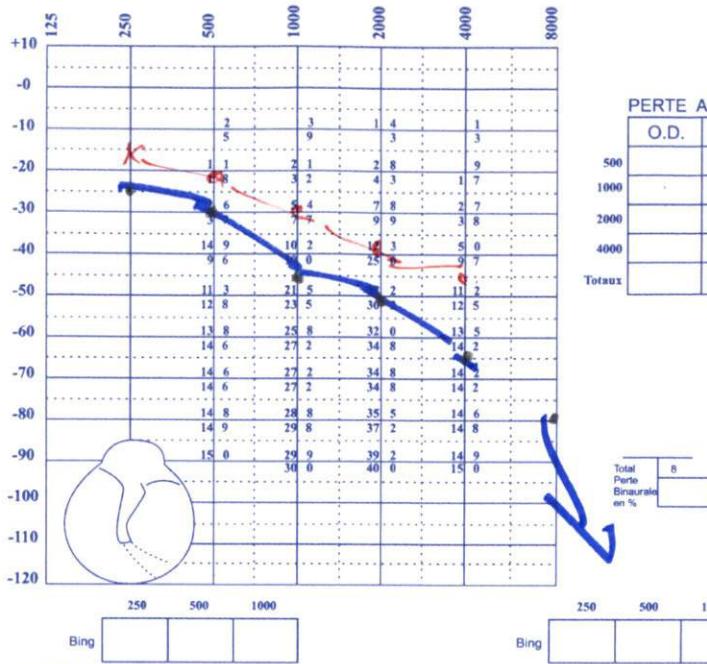


Freq.
Level

Hz
dB

Hz
dB





Nom ... EL FARO

Prénom ... RA BHA

Age ... 76 ans

Profession

Adresse

Date ... le 11/12/20

AUDIOGRAMME

OBSERVATION :

Surdit ... Bilatéral

Vestige

Acoustique

RAIBI Mohamed

Spécialiste ORL

Tympan ... Normal