

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

ditions 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.

armacie :

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.

ptique :

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.

ntaire :

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° M20- 0002605

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1409 Société : RAM 61,663
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : MHAMDI MOUSTAPHA
 Date de naissance : 01/01/1951
 Adresse : 5, Rue Kadi JASS APT N° 7a ANNABA
 Casablanca
 Tél. : 0670642860 Total des frais engagés : 1500 DH 0,93 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : JAWHARI JAMILA Age : 60 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA Diabète

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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) : MHAMDI

Le : 23/03/2013

ACCUEIL
1202 Sais MAIS

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 23/3/2021 | Dr | 1 | 2000 | Dr. ABBAJ BEN CHIF Nouf Médecin Généraliste 66 Rue de la Marche du Bé Tel: 0522 25 28 07 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE DE LA MUSIQUE Dr NABIL Docteur en Pharmacie 16, Rue de l'Atlas, Marrakech Tél: 05 22 42 42 42 | 23/03/2021 | 1313,90 |

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|--|---|----------------------------------|-------------|----------------------------------|
| | | | | |
| | | | | Montants des Soins |
| | | | | Début d'Execution |
| | | | | Fin d'Execution |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | Coefficient des Travaux |
| | H | 25533412 00000000 35533411 | G | 21433552 00000000 11433553 |
| | D | 00000000 | B | 00000000 |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| | | | | Date du devis |

Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

MEDECINE GENERALE

Expert Assermentée Prés des Tribunaux



الدكتورة القباج ابن الشريف نفيسة

خريجة كلية الطب بالرباط

الطب العام

خبيرة محلفة لدى المحاكم

Nom : TAWHIDI Youssouf

Casablanca, le : 23.3.2021

1) Taffod 20

1.5

103,60 x 2 => 206,80

2) Carmel

1.5

134,30 x 3 => 402,90

3) glucophage 1g

1.5

45,00

4) Al frez

1.5

35,00

PHARMACIE DE LA MOSQUEE

Dr NABIL

Docteur en Pharmacie
76, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca

Tél. 05.2.38.47.77

5) Drill

1.5

at 0

25,00 x 2 => 50,00

6) Flaxen 500

1.5

116,40

7) D-ane M

1.5

43,60

8) Aparand

1.5

90,00

9) Del'Plex

1.5

1830 x 3 => 54,90

10) Radipex

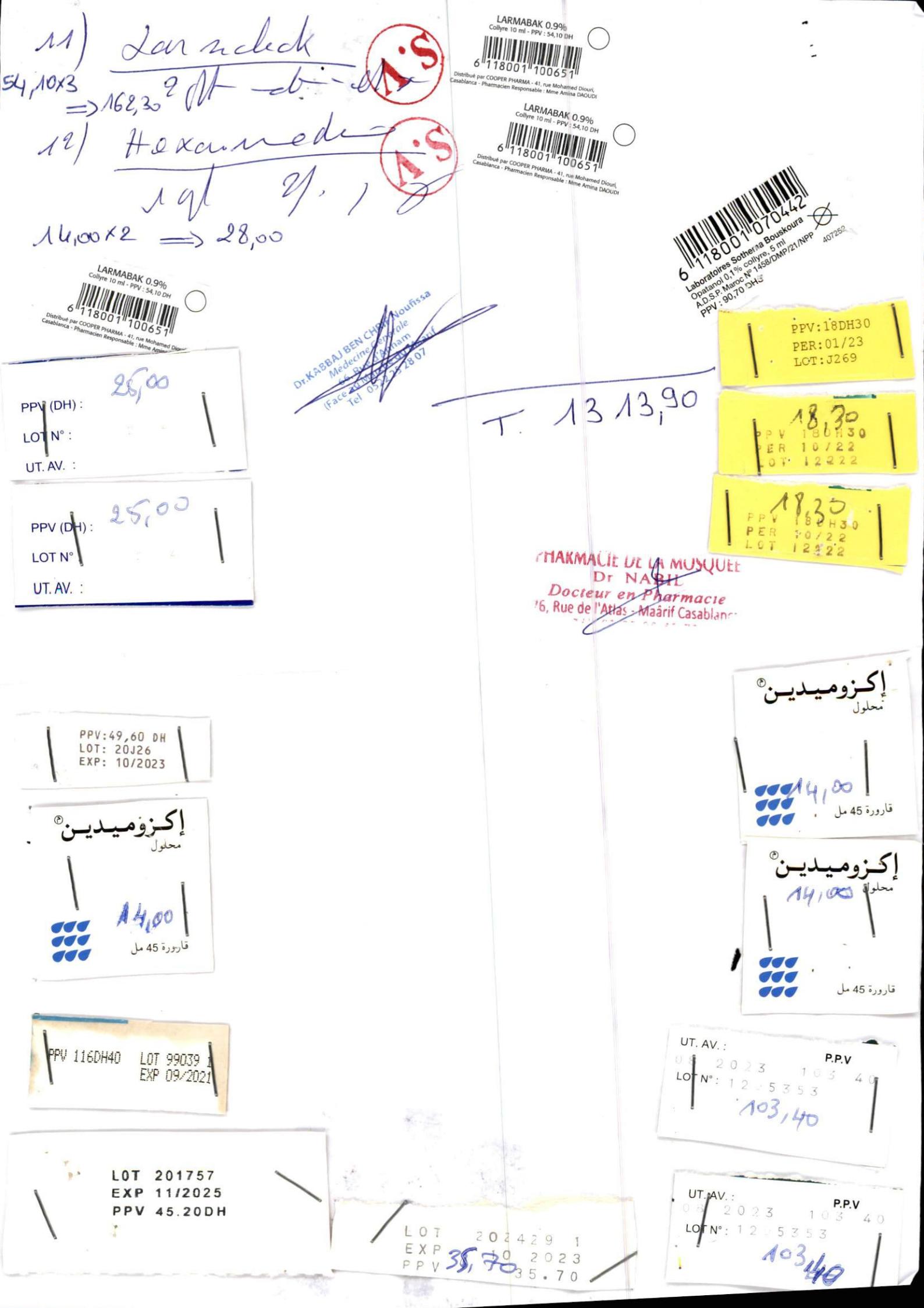
1.5

35,00 x 1 => 35,00

05 22 25 28 07 - المغاريف - الدار البيضاء - الهاتف: 11

11. Espace Majorelle rue Abou Hayane Attaouhidi, 5ème étage N° 9 (Proche Carrefour du Livre)

Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 25 28 07





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

valable 3 mois

Le 23.../03.../20..21

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *J. B. M. Y. S.*

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*Le certifie
M. 3
Dr. ABDALLAH CHAHAD Boufissa
Médecin Général
Place du Marché du Maârif
Tel 022 25 28 07*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)