

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.

Radiologie 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

Déclaration de Maladie

N° W21-624665

9395

76650

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9395 Société : RAM D.V.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NASSI HICHAM

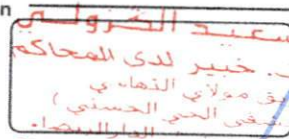
Date de naissance : 13/11/67

Adresse : 11 Rue 11 Red Juma MAZOLA H H

Tél : 06 66 35 17 49 Total des frais engagés : 395,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

25 JUN 2021

Nom et prénom du malade :

NASSI KAWIAR

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ **Enfant**

Nature de la maladie :

Arterio-sclérose

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 : CASABLANCA

Le : 25 / 06 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

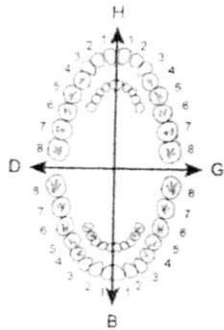
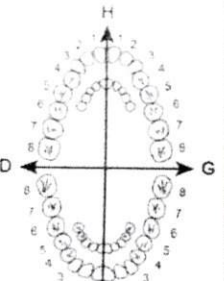
Adresses Mails utiles

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
25 JUN 2011	C		200 MM	09/06/2011

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. TIR Abdelaziz 50, Route Mily Thami Hay Hassani Tel: 0522 90 21 57	16/06/11	01,561

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

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prie 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 l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
C.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B			MONTANTS DES SOINS []
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			DATE DU DEVIS []

Docteur Saïd GZOU LI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le :

25 JUN 2021

في : الدار البيضاء،

M. Nassi Kawtar

1. 71,00 Romac 150

42,00

2. Pledin 20

82,10

2,5g le

3. Racipec 20

195,10

UT. AV :

PPV (DH) :

42,00

PPV : 82 DH 10

Thami
Tél.

71,00
VER : 03/2022
PPV : 71.00 DH

الدكتور سعيد الغزولي
طبيب محلف، خبير لدى المحاكم
طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضحايا) - الدار البيضاء
الطابق 60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضحايا) - الدار البيضاء
الطابق 60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضحايا) - الدار البيضاء
الطابق 60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضحايا) - الدار البيضاء

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضحايا) - الدار البيضاء
Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
mail : drgza@gmail.com