

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.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Déclaration de Maladie

No W21-655448

86282



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03045

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KAMALI ALI

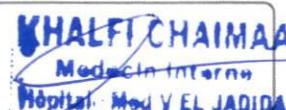
Date de naissance : 01 11 1960

Adresse : 07 RUE GEORGES SAND MAARIF

Tél. : 0661337762 Total des frais engagés : # 1170,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/09/21

Nom et prénom du malade : Kamali Ali

Age : 61

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : 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

Le : 30/09/21

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
29/09/2011			155	INP : <input type="text"/> KHALFI CHAIMAA Médecin Internne Hôpital Mod V EL JADIDA

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		1170,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICALS

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>												
Q.D.F PROTHÈSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
H		G														
25533412	21433552	00000000	00000000													
00000000	00000000	35533411	11433553													
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique nécessaire à la profession</p>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

carte le 29/09/2021

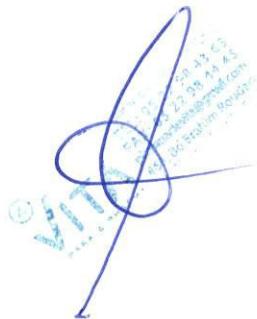
Dr KANAKI Ali

39000
X - Galvan Jet 50 mg / 1000 mg

1cpx 2/8 (3boîtes)



1170,00



XHALFI CHAIMAA
Angestellte der
Hospitale Muammar JADIDA

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants
Ne pas conserver au-dessus de 30°C
et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.
Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 1000 mg de chlorhydrate de metformine.

RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترم المقادير الموصوفة
لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية

يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملغ من فلدagliptine و 1000 ملغ من ميتفورمين هيدروكلوريد
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants
Ne pas conserver au-dessus de 30°C
et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.
Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 1000 mg de chlorhydrate de metformine.

RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترم المقادير الموصوفة
لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

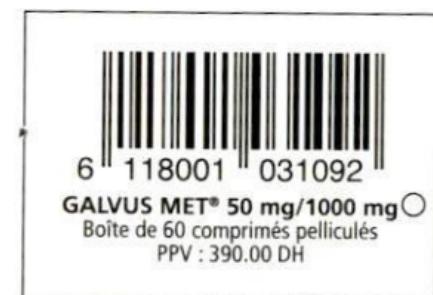
يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية

يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملغ من فلدagliptine و 1000 ملغ من ميتفورمين هيدروكلوريد
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants
Ne pas conserver au-dessus de 30°C
et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.
Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 1000 mg de chlorhydrate de metformine.

RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترم المقادير الموصوفة
لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية

يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملغ من فلدagliptine و 1000 ملغ من ميتفورمين هيدروكلوريد
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات

