

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.

adiologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

tie 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.

Autorisation CNOP N° : AA-215 / 2019



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

conjoint R.A.M
Déclaration de Maladie

Nº M21- 0054000

31583

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *7140* Société : *R.A.M*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *M. DAHAN R KIA*

Date de naissance : *3.01.60*

Adresse : *Ville, N° 5 Rue bord AL WANDA Lot Reggane*

BERR ER KHID

Tél : *0661447813* Total des frais engagés : *1116* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : *M. DAHAN R KIA* Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *post op claviculectomy John R KIA*

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 : *BERRECHID*

Le : *05/11/21*

Signature de l'adhérent(e) :

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
13/09/21	e		0	<i>Tuy</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. ZINAD BOUCHECHID</i> Tél: 05 22 03 59 59 N°PE: 062105036	13/09/21	41610

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

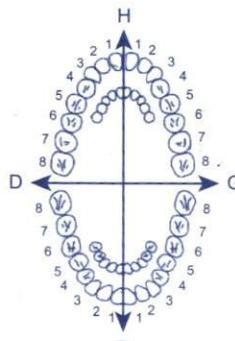
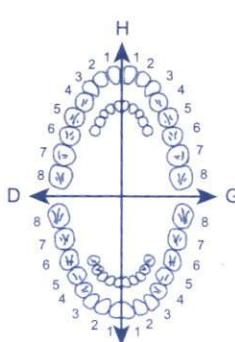
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF

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	
	35533411		11433553	
				Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'Execution

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Docteur Azeddine BOUZIANE

Spécialiste en Chirurgie Générale
Spécialiste en Chirurgie Digestive
Coeliochirurgie - Chirurgie de la Thyroïde
Proctologie - Echographie

الدكتور عز الدين بوزيان

الجراحة العامة
الجهاز الهضمي
الجراحة بالمنظار الداخلي - جراحة الغدة الدرقية
جراحة المخرج - الفحص بالصدى

DAHAN
R.K.G

ORDONNANCE

$$\begin{array}{r}
 24,4 - x^2 \\
 6,8 \overline{) } \quad x^6 - \\
 \quad \quad | \\
 \quad \quad 1 \\
 13,4 - x^6 \\
 \quad \quad \quad | \\
 32,1 - x^9 \\
 \quad \quad \quad | \\
 45,5 - x^{12}
 \end{array}$$

211.00

Library

Lorraine Green

15

73

7, 2a, 10-14

Apr, 2

Dr. S. S. DANE Account
Proctology & Urology Dept.
51, G-62, 2nd Main Road, Alipore,
Kolkata - 700 025

line
Chok. Casa
25
line
Dr. IMAAP ZINEB
S. 345 Lot No. 51 PE: 062105059
Nasraan 2203-39-Bertram
Boulevard

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

611 800110201 3
Levothyrox® 50µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

611 8001102013

Levotherrox 50mg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 13.40 DH

611 8001102013

6 118001 102020
 Levothyrox® 100 µg.
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 24,40 DH

6 118001 102006
Levotyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6.80 DH

Lévofloxacine
Comprimés sécables
PPV: 6,8

611 800110201 3
Levothyrox® 50µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

PPV: 13,40 DH
Comprimés sécables B/30
Levotherox® 50mg.
611 8004102013
026160313

611 800110201 3	Levotherapy@ 50gr.	Comprimés sécables B/30
611 800110201 3	Levotherapy@ 50gr.	PPV: 13,40 DH
611 800110201 3	Levotherapy@ 50gr.	PPV: 13,40 DH

6 18001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH
786216335

Dr. IMANE ZINEB
Boulevard
Ste Pharmacie le Grand - Berrechid
Lot 345 Lot Nasrallah - 5959
Tél: 05 22 03 59 59
INPE: 06 21 05 03 6

LOT 201339
EXP 07/2022
PPV 8210DH

LOT 201339
EXP 07/2022
PPV 82.10DH

ID: 64568 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 45,00 DH

LOT:21219 PER:06/2024
PPV:21,00 DH