

# 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 canaux, 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 canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALP :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0010893

125246

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4651 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Jamal A. Arab Lahsen  
 Date de naissance : 1953  
 Adresse : 56 Bd Abdelhakim Bouatit Hay Farahia  
 Tél. : 06 55 98 85 Total des frais engagés : Dhs

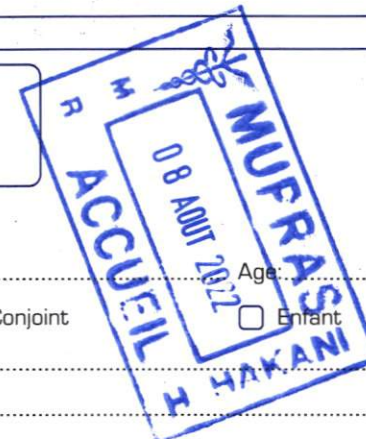
### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 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 : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/08/22	879,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

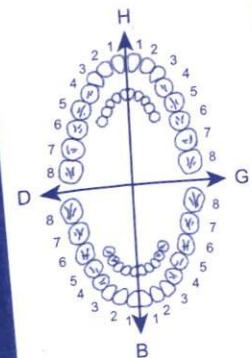
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

LOT : 210739  
EXP : 05/2024  
PPV : 99,00DH

LOT : 211111  
EXP : 06/2024  
PPV : 99,00DH

# SOINS DENTA

LOT : 211268  
EXP : 09/2024  
PPV : 99,00 DH



(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

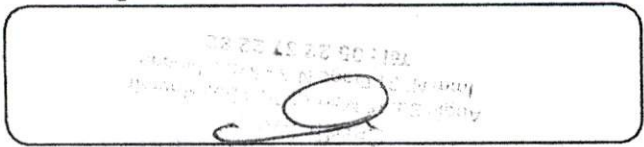
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	T o t a l NET TTC	Dont TVA	% Taux
3	CARDENSIEL 2.5MG 30CP	50,70	0,00	50,70	152,10		152,10		
3	LD-NOR 20MG 30COMP	99,00	0,00	99,00	297,00		297,00		
3	KARDEGIC 75 MG 30 SA	30,70	0,00	30,70	92,10		92,10		
1	KING ANTI ACARIENS 250ML	125,60	0,00	125,60	125,60		125,60	20,93	20,00
2	BIPRETERAX /30CP	111,10	0,00	111,10	222,20		222,20		
<div style="text-align: center;"> <p>Pharmacie Les Pyramides Dr. Elmustapha GHANDAF 6 Bis Bd. Abdelrahim Bouabid Tél: 0822 89 26 29 - Casablanca NPE: 092049451 - N° 02072866000035</p> </div>									
<b>REMISE GLOBALE :</b>		<b>BRUT TTC</b>	<b>889,00</b>	<b>- Remise</b>	<b>0,00</b>	<b>= NET TTC</b>		<b>889,00</b>	
Nombre d'Articles : 5		TVA 7% Base :		Montant :		TVA 20% Base :		104,65	Montant 20,93
<p align="center"><b>Arrêté la présente facture à la somme de :</b> <b>Huit Cent Quatre-vingt Neuf Dirhams.</b></p>									



## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	jamal . el A rat Lahss
Matricule :	4651
N° CIN :	B 379 105
Adresse :	56 Bd Abderrahman Bouabid Hay Ennahd
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr. Latani Meriane
Spécialité :	cardiologue
N° ICE :	002366 18000056
N° INPE :	094845 621
Certifie que Mlle, Mme, M. :	jamal . el A rat Lahss
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
M. jamal El A rat Lahss a fait un pontage coronarien	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : cardiocapnine, Buprénorphine, cardenal, Tahor ou LDNO 20.	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : Casablanca le 08/07/2022	
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées