

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 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° W19-473642

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

13074

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Boufrit Abdelkhalik

Date de naissance :

02/11/1987

Adresse :

18 Lot 24x BL Farida

Tél. :

0672 51 99 51

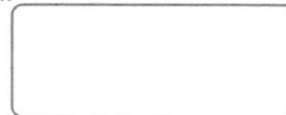
Total des frais engagés :

900,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

/

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

16 OCT. 2019

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 :

10/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des soins
				Dno Montant des soins 700,00 Début d'exécution Fin d'exécution 12/10/19
	37	Compacte Dno		

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 G	Montant des soins Date du devis Fin de
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	

VOILET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°	W17-138897		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W17-138897

DATE DE DEPOT

16.1.12.2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 13074
Nom & Prénom Boufrit Abdelhak		
Fonction : chef Projet ss	Phones	
Mail aboufrit@royalairmaroc.com		

MEDECIN	Prénom du patient
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Date	
Nature de la maladie	Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE	Date
Montant de la facture	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date : 12/10/19
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
12/10/19 D16	200,00 D16

AUXILIAIRES MEDICAUX					Date :
Nombre				Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV		

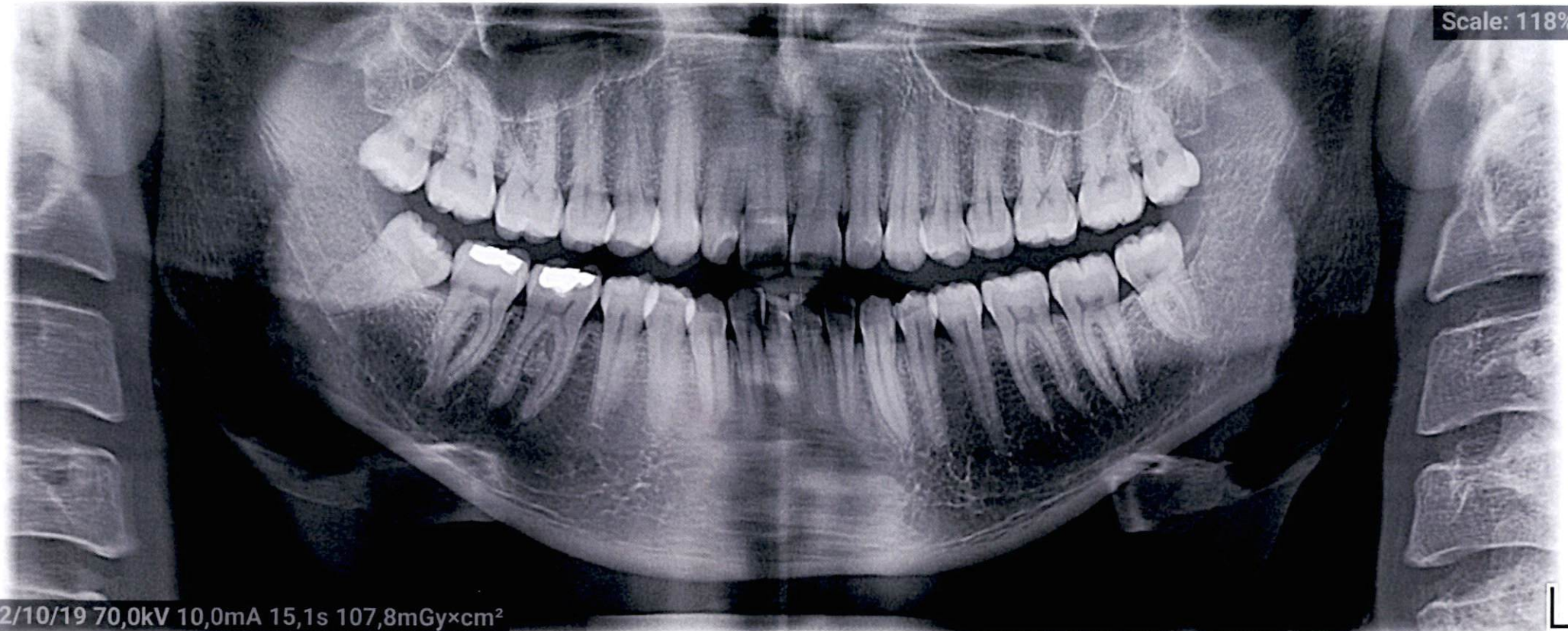
Boufrit Abdellah

ID 48078

DOB



Scale: 118%



12/10/19 70,0kV 10,0mA 15,1s 107,8mGy×cm²

Dr. Taoufik BOULAAMAIM
Chirurgien Dentiste Spécialiste
92, Av. des Nations Unies Agdal Rabat
Tél : 05 37 67 06 61 / 05 37 67 24 59
05 37 67 36 51 / Gsm : 06 62 21 78 04

Rabat, le 12/10/2019

Patient(e): BOUFRI ABDELLAH

FACTURE N° 236092019

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
Radio Panoramique		12	200,00
COMPOSITE 1 FACE		37	700,00
TOTAL			900,00

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Neuf cent dirhams

Signature du Praticien

Dr. Taoufik BOULAAMAIM
Chirurgien Dentiste Spécialiste
92, Av. des Nations Unies Agdal Rabat
Tél : 05 37 67 06 61 / 05 37 67 24 59
05 37 67 36 51 / Gsm : 06 62 21 78 04