

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.

Diologie 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

N²D :
11997-

ANP2

Déclaration de Maladie : N° P19-0002595

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3073

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HARATI DRIS

Date de naissance : 11 DEC. 2019

Adresse : 124, 1^{er} BACHMA S.S. Naamy. CAM.

Tél. : 0661184034

Total des frais engagés : 502,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Pr. Med. A. HESSISEN

O.R.L

Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Ebrahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091033753

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/10/2019

Nom et prénom du malade : HARATI DRIS

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

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 : CAM

Le : 06/12/19

Signature de l'adhérent(e) :

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
25/10/19	G		3000	Pr. M. A. EL FARAJ Centre de Diagnostic et de Soins Angle Rue Jean Jaurès et Souhaim Rouabah Tél: 05 22 47 20 20 - Fax: 05 22 20 18 00 INPE: 091033753

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Morsad 93, 501 Boulevard Pasteur 1100 Sidi Maârouf-Casablanca Tél: 0522 32 19 29	25/10/19	202,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

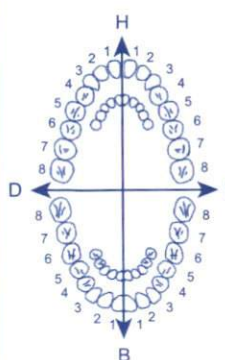
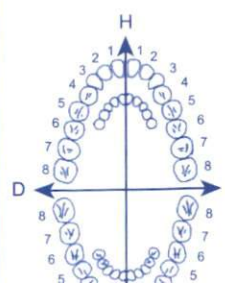
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
					MONTANTS DES SOINS															
					DEBUT D'EXECUTION															
					FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H																		
		25533412	21433552																	
	00000000	00000000																		
	G																			
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
B																				
[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS																		
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
		DATE DU DEVIS																		

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفارابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Casablanca le 25/10/2019

Casablanca, le

Monsieur

DRISS

HARADJ

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

132,00
ACLAV 1G S

1 S *2 PAR JOUR PDT 7 JOURS

S.V.

70,60
OFLOCET GOUTTES

1DOSE *2 PAR JOUR PDT 7 JOURS

TS 202,60
EVICTION DES COTONS TIGES
PROTECTION CONTRE L E AU

Signé : Professeur HESSISSEN M A



Angle
Boulevard Brahim Roudani
&
7, Rue Jean Jaurès
20 060 Casablanca

Tél. 0522 88 01 01
0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32

Fax 0522 20 18 85

codealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069

Pr. Med. A. HESSISSEN
Centre O.R.L. de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E. AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès / Boulevard Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091033753

Pharmacie Morsad
Sidi Maârouf-Casablanca
Tél: 0522 32 19 29

ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
التشخيص