

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° W19-427005

NID: 50982

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **12563** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **BEN RIYENE JALAL**

Date de naissance : **03/10/1974**

Adresse : **4, Rue 52, GULFA, CASABLANCA**

Tél. : **0662 651 645** Total des frais engagés : **1785,00**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **22/11/20**

Nom et prénom du malade : **BEN RIYENE JALAL** Age : **26**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Affection Respiratoire**

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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

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
22/11/20	g		2000F	INP :
28/11/20	g		1500F	
06/12/20	g		1500F	

7

INP:

CHAFK Folded

MEDICAL EXPERT

Bd Oued Qum Engob

39 N° 4 Oufia

1985

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/11/2020	48500F

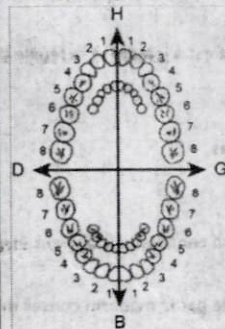
Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

[illegible][illegible][illegible]

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'ODF.

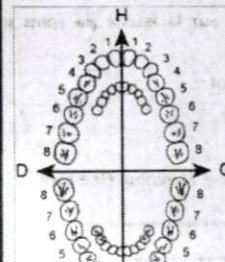


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553

[Création, remont, adjonction]
ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession



INP: | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

Nom-prénom :

Jalal Ben Rhyane

Date :

23 Nov 2020

Ordonnance COVID-19

1- Azythromycine 500mg :

1 comprimé par jour le 1^{er} jour

Puis un demi comprimé par jour de J2 à J7

2- Vitamine C 1000 :

1 comprimé deux fois par jour
pendant 7 jours

3- Omiz 20mg :

1 comprimé avant petit déjeuner

Pendant 7 jours

4- Zinaskin :

1 comprimé une fois par jour

Pendant 7 jours

6- Smecta :

1 sachet x 3/jour

AZ® 500 mg

Azithromycine

Boîte de 3 comprimés

PPV : 60 000 DH

6 118000 196097

FIXAZINC®

ACTIFS VÉGÉTAUX & OLIGOÉLÉMENTS

L 3497

P 06/23

189.00 DH

SMECTA 3G

SACHETS B30

P.P.V. : 620DH40

6 118000 011460

LOT : 8MA532
PER : 05 2021

EXPERT ASSERMENTE PRES LES TRIBUNAUX
Diplômé de l'Université de Montpellier 1
PREVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE
ECHOGRAPHIE

خبير محلف لدى المحاكم
خريج جامعة مونبيلي 1
الفحص بالصدى

Casablanca, le :

23/11/20

BEURRIYENE jalal

60 x 2 = 120

- Azythromycine

120 x 1 = 120

120 x 1 = 120

123,60 - 18 x 2 = 36

Inoxim 40

18 x 3 = 54

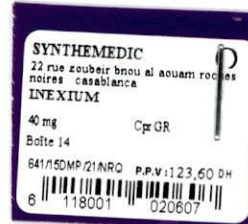
129,00 - 21 x 2 = 42

18 x 3 = 54

52,40

- Inoxy

485,00



Dr. CHAFIK Fouad
N° 4 Oulfa
Tél: 0522 90 51 65