

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 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
RECEPTIONS

Déclaration de Maladie : N° P19- 0010100

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1916 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZINAOU AHMED Date de naissance : 10/1/1955
Adresse : LOT. Wafa N° 149
Tél. : 06.00.36.399.3 Total des frais engagés : 19.10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 26/08/2019
Nom et prénom du malade : CHAHAB ACHAH Age : 59
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Asthme / Dépression
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 : DERONA

Le : 26/08/2019

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
26/08/19	CS	1200		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

26/08/19

559,10

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

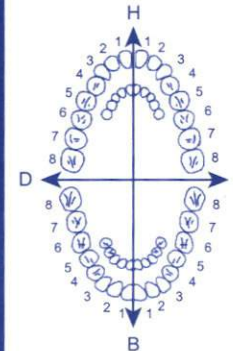
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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 CCEFFICIENT
MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

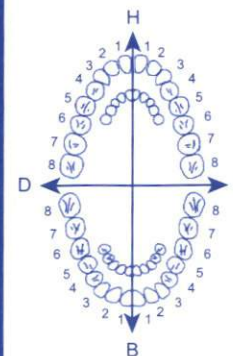
CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

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

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

34 49,60 Dune fr  Bayale

reprise espaces de 10g

24 20,80 pus 12mg

Glucophage 100

up 1/2 gnt
dine
trai 3mg

46,90

Achicorlao

24 x 2

reps

ACTICARBINE 70 MG Comp (84)

PPV 46,90 DH SOTHEMA



6 118001 070015

PPV: 49,60 DH
LOT: 18K20/B
EXP: 11/2021

PPV: 49,60 DH
LOT: 18K20/B
EXP: 11/2021

PPV: 49,60 DH
LOT: 18K20/B
EXP: 11/2021

20,80

20,80

559,10

DR IKIOUCHI, Dr.
Médecin Généraliste
Ditissament EL WAHDA
N°69 D, Deroua
05 22 51 57 5

PHARMACIE
244 LO
DEROUA
D. El Khenn
Tel 24 21

Docteur Aziza IKIOUCH

Médecine Générale

Diplômé en médecine générale de la Faculté
de Médecine et de Pharmacie de Rabat

Ancien médecin interne au CHU IBN SINA

Ancien médecin interne au CHP ERRAZI de
Berrechid

Tél : 05.22.51.57.51

الدكتورة إكيوش عزيزة

الطب العام

حاصلة على دكتوراه الطب العام من كلية الطب و الصيدلة
بالبط

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى الرازي ببرشيد

الهاتف: 05.22.51.57.51

ORDONNANCE

26 AOUT 2019

Deroua, Le : الدروة في:

LOT 182722
EXP 12 2020
PPV 126.00

Mme CHIHAB

1) Esciplex 1/2 CP j le mah
126.00

2) Maxibone ap
70, 30
159.00

3) Gyropervayl

4) Canste 36,00
159.00

Lotissement Elouachda 1, N°269D - Premier Etage - DEROUA

بنة 1 الرقم 269 د، الطابق الاول - الدروة (قرب المركز الصحي الدروة)

05.22.51.57.51

aziza.ikiouch@g

Lot:
A consommer de
préférence avant le:
PPC: 89.50 DH

16AC003H
07/2021

70,30

Lot : 36,00
PER :
P.P.V : 1.