

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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.



Déclaration de Maladie
Nº P19-0035800

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00313 Société :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : ELOUAFI

ZOHRA

Date de naissance :

Adresse :

Tél : Total des frais engagés : 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 :

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) :

J

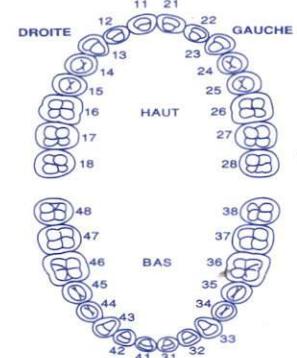
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées

Nature des soins

Coefficient

Coefficient des travaux

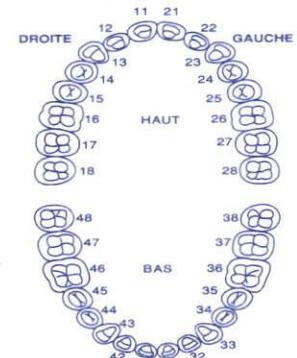
Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



| | H | G |
|---|----------------------|----------------------|
| D | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 |
| | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

DECLARATION N° **P 17 / 0043566**

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Mle

Cachet
MUPRAS

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

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

P 17 / 0043566

DATE DE DEPOT
10/09/2018

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 00313

Nom & Prénom **EL OUDAFI ZAHRA**

Fonction **VEILLE DENTAL** | Phones **0522215798**

Mail **eloudafi.zahra@grail.com**

Signature de
l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient

MEDECIN Zahra

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

où

| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
|------------------|---------------------|---------------------------------|
| 061319 | CS | G |

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

Signature et
cachet du
Pharmacien

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date **13.09.18**

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

246 **160DH**

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

T20F

مصحة POLYCLINIQUE



الإنارة II
INARA II

le 06/9/13

Two GLOUAS Zolus.

2 x Fluorescein Fc



Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA
Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06



12

| N° IPP : | 818104 | N° SEJOUR : | 190040405 | FACTURE N° 1903013884 | | | | DATE D'ENTREE : | | 13/09/2019 | DATE DE SORTIE : | | 13/09/2019 |
|--|------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------|----------------|---------|----------------|-----------------|----------------|------------------|------------------|--|------------|
| ASSURE : | | | UF: 5003 RADIOLOGIE | | | | | DESTINATAIRE : | | EL OUAIFI, Zohra | | | |
| MALADE : | EL OUAIFI, Zohra | | N° IMMAT C.N.S.S : | | | | | | | | | | |
| NOM JEUNE FILLE : | | | | | | | | | | | | | |
| TIERS PAYANT 1 : | | | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : | | | | | | | | | | |
| TIERS PAYANT 2 : | | | | | | | | | | | | | |
| REF. PC 1 : | REF. PC 2 : | | N° SE. SOC. ETRANG. : | | | | | | | | | | |
| NATURE DE PRESTATION | LETTRE CLE | NOMBRE x COEF | PRIX UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 | | TIERS PAYANT 2 | | PART DU MALADE | | | | |
| | | | | | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT | | | |
| ACTES DE RADIOLOGIE ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE | Z | 16.00 | 10.00 | 160.00 | | | | | 0.00 | 160.00 | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---------------|----------------------|----------|--------|--|--|--|--|--|--|--------|
| Intervenant : | 46208 DR ADABI AICHA | TOTAUX : | 160.00 | | | | | | | 160.00 |
|---------------|----------------------|----------|--------|--|--|--|--|--|--|--------|

| | | | | | | |
|---|--------------|--------|---------|--|--|----------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | PLAFOND PC : | | | | | ACOMPTE: |
| CENT SOIXANTE DHS | REMISE : | 0.00 | REGLE : | | | AVOIR : |
| | RESTE DU: | 160.00 | | | | |

| | | | | | | | | |
|----------------|------------|-------------|------------|------|-------|-----------------------|--|-----------|
| DATE FACTURE : | 13/09/2019 | EDITEE LE : | 13/09/2019 | PAR: | ZARIA | ACCIDENT DE TRAVAIL : | | |
| VISA | | | | | | N° DE POLICE : | | DATE AT : |



Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA
 BANQUE : BMCE - INARA
 N° compte bancaire : 011.780.0000 54 210 00 60 016 91

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

DATE : 13/09/19

NOM & PRENOM : EL OUAFI ZOHRA

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN : RX POUMON

- ❖ Opacité basale bilatérale prédominant à gauche surcharge à gauche
- ❖ Surcharge bronchique basale bilatérale.
- ❖ Comblement du cul de sac pleural gauche.
- ❖ Silhouette cardio- mediastinale normale.
- ❖ Pas d'anomalie du cadre osseux.

DR

Dr. ADABI AIT MOU
Radiologue
Dr. ADABI AIT MOU
Radiologue

