

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

Déclaration de Maladie

N° P19-0046195

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3351

Société : R.A.M.

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : JALAL Abd elhakem

Date de naissance : 01/10/60

Adresse : Bouchelouf, rue S9 n° 55 cas

Tél. : 0673730831

Total des frais engagés : 252,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/07/19

Nom et prénom du malade : Jalal Ismail

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 : Casablanca

Le : 18/07/19

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

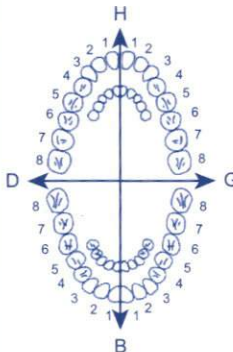
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/07/2019	252.60 ±

[illegible][illegible]

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
			FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

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

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

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

Docteur Hicham AFFAR
CHIRURGIEN DENTISTE



Diplôme de la faculté de médecine
dentaire de Casablanca
Diplôme en Orthodontie de l'Université
de Bourgogne (France)
Diplôme en Implantologie de
l'Université Paul Sabatier (Toulouse)

الدكتور هشام عفار
طبيب جراح للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء
حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة
بوركون بفرنسا
حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة
تولوز

ORDONNANCE

Casablanca, le 26/07/2019

Mr. ISMAIL JALAL

126.30 x2

1) AUGMENTIN 1 / 125 G / MG



1 SACHET 3X/JOUR 2BOITES

$\chi = 252.60$

PHARMACIE AZIZI
23 Bd El Makhdes - Hay Oudja
Tél : 05 22 93 48 38

Casa : 156 bd Oum Errabii 1er Etage - El Oulfa
Tél : 05 22 93 48 38
Dentiste
Hicham Affar

156, bd. Oum Errabii 1er Etage - El Oulfa. Tél. : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20222
156, شارع أم الربيع الألف - الطابق الأول الهاتف : 05.22.93.48.38 - الدار البيضاء

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN 1g /125 mg
sachets

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des
repas, pendant jours.
Lire attentivement la notice avant emploi.
...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30 DH
LOT: 603592
PER: 06/20



AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN 1g /125 mg
sachets

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des
repas, pendant jours.
Lire attentivement la notice avant emploi.
...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30 DH
LOT: 603592
PER: 06/20



Comp
Amox
(sc
Ac.
(sous l'inv
de potas
Contien
(enviro
Mise
risc
Ve
T