

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.

Adresses Mails utiles

- Réclamation contact@mupras.com
 Prise en charge pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel



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

Déclaration de Maladie

N° W19-464271

Maladie

Dentaire

Optique

A

Matricule :

3674

Société :

RAY

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KELLA JORY MAIRED

Date de naissance :

6-9-1961

Adresse :

Doutre AINAGUI. STYER - BENRECHID

Tél. :

0601162824

Total des frais engagés : 759,50 -

Cadre réservé au Médecin

Docteur Imane MARKOUCH
Dermatologue - Venerologue
Dermatologie Esthétique Cosmétologie Laser
224, Rue 14 Mandarona Ain Chok - Casablanca
Tél: 05 22 87 58 43

Date de consultation :

28 SEPT 2019

Nom et prénom du malade :

KELLA Mohammed 58 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Oncophtalmologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

pas

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adjudication conseil de la Mutuelle.

30 OCT. 2019

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

Fait à :

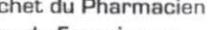
Accueil Hôpital/Ram

Le : 28, 09, 19

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE CHATEL Dr. HELLER Hélène Tel.: 0679 64 07 49 Chagny-Schleid-Wettolsheim	28/09/2019	759,00 DHS

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

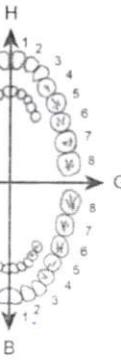
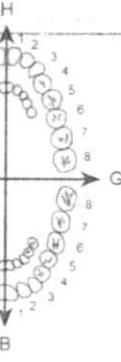
VOLET ADHÉRENT

RELEVE 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS															
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION															
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION															
O.D.F ROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: none;"></td> <td style="border-top: none;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: none;"></td> <td style="border-bottom: none;">35533411 11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000			G	B	00000000	00000000			35533411 11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
		G																	
B	00000000	00000000																	
		35533411 11433553																	
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS															
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION															

Docteur Imane MARKOUCH

Dermatologue -Vénérologue

Diplômée de l'UF R Pierre et Marie Curie-Paris VI

Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة إيمان مرکوش

اختصاصية في أمراض الجلد و التناسل

خريجة كلية بيبر و ماري كوري باريس 6

طبيبة بمستشفيات باريس سابقا

Casablanca le :

28/09/2019

Monsieur Kellal Mohammed

219,00 x 2

TERIX 250 MG CP

321,00

LOCERYL SOLUTION FILMOGÈNE 5%

759,00

1cp/j au milieu du repas x02mois

1appx02/j x02mois

1S

1S

Dr Docteur Imane MARKOUCH
Dermatologue - Vénérologue
Dermatologie Esthétique Cosmétologie Laser
224, Rue 14 Mandarouna Ain Chok - Casablanca
Tél: 05 22 87 58 43

PHARMACIE CHRAGUI
Dr. HEDY Hicham
Chragui Safer Old - Berrechid
Tél: 0679 61 07 49

219,00 /

28

قرصا قابلا للكسر

عن طريق الماء

