

# 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.

## 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 canalaire, 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 canalaire.

## Déclaration de Maladie et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

MD 2 29816

## Déclaration de Maladie : N° P19-0005188

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3000

Société :

RAM

Retraité

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FADIL RACHIDA

Date de naissance : 15/10/156

Adresse :

75 Rue OMAR SI AÏSSI

CTRA

Tél. : 06.61.06.36.96

Total des frais engagés :

383,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie :

Conjoint

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Sœur

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.

MUPRAS

26 JUN. 2020

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 : 6

Le : ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### RELEVE 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES



Date

Montant de la Facture

10/06/2010

383,90

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaire, 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
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B	DATE DU DEVIS
	D 00000000	G 00000000		
<img alt="Diagram of				

# PHARMACIE MERCURE

**TAZI**

Docteur en Pharmacie  
Diplômé de l'Institut de Gestion  
et d'Administration  
des Entreprises de Lyon  
Diplômé de l'Institut  
de Pharmacie Industrielle de Lyon

2, Rue El Woroud - Tél. : 05 22 27 46 26  
CASABLANCA

PATENTE 34203430

R. C. CASA 129574

C. N. S. S. 1513648

ICE : 001597115000021

Le 10/06/2020

## FACTURE

MFADIL Rachid Doit

05	Corvasal	46,70	233,50
01	Vasotec	150,40	150,40
			383,90
Arrêtez Prosite Facilva nL + Somme d'e Trois Etat que le docteur trois DHS et plus deux			



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Corvasal 2 mg, sp b 30  
P.P.V : 46,70 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Corvasal 2 mg, sp b 30  
P.P.V : 46,70 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Corvasal 2 mg, sp b 30  
P.P.V : 46,70 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Corvasal 2 mg, sp b 30  
P.P.V : 46,70 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Corvasal 2 mg, sp b 30  
P.P.V : 46,70 DH



150,40