

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.

Pathologie 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.

Éducation :

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 059060

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3698

Société :

RAM

35183

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

RASSI F. Mohamed

Date de naissance :

27/08/1962

Adresse :

N°18, Rue Tied EL Yazzidi, Quartier
des Hôpitaux - Casablanca

Tél. :

0600 386 123

Total des frais engagés : # 1.600 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 : 23/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

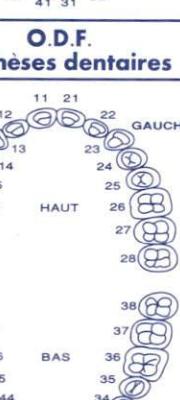


SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 <input type="text"/>																								
					Montant des soins <input type="text"/>																								
					Début d'exécution <input type="text"/>																								
					Fin d'exécution <input type="text"/>																								
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>																								
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 10%;">H</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 10%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>				H		G	25533412		21433552		00000000		00000000		<hr/>		<hr/>		00000000		00000000		35533411		11433553		Montant des soins <input type="text"/>
	H		G																										
25533412		21433552																											
00000000		00000000																											
<hr/>		<hr/>																											
00000000		00000000																											
35533411		11433553																											
		<p style="text-align: center;">(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Date du devis <input type="text"/>																								
					Fin d'exécution <input type="text"/>																								
Visa et cachet du praticien 			Visa et cachet du praticien 																										
attestant le devis			attestant l'exécution																										

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N°	P 14 / 54851	 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
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		



P 14 / 0054851

DATE DE DEPOT



Vente et location de matériel médical spécialisé
dans l'assistance respiratoire à domicile

N° Facture 0028/2020
Patient Madame EL AFAF LAILA
Méd. prescripteur Dr HJIAJ
Origine produit AUSTRALIE
Location d'appareil De CPAP Du 28/01/2020 au
28/03/2020

Casablanca, le 25/02/2020

Réf	Quantité	Désignation	Prix unité TTC(MAD)	Montant TTC(MAD)
22161330825	2	CPAP	800.00	1600.00
Arrêtée la présente Facture à la somme de:				
				Montant H.T. 1333.33 DH
				Montant T.V.A. 266.67 DH
				20%
				Total T.T.C. 1600.00 DH

