

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.

Diagnostique 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- 051688

ND: 39424

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2331 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MARAH - ARDECI 32

Date de naissance : 10/7/54

Adresse : BD. EL QUODS AMICALE ENNAKHIL

IM 1 APT 1 ASA

Tél. : 0662473354 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL AGAMI Fatma Fatima Age 31/8/57

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : A l'hypermétrie

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 : 03/17/2020

Signature de l'adhérent(e) :

MARAH

Centre Médical
CENTRE MEDICAL
ROYAL AIR MAROC

RELEVÉ 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
2020-03-03		9		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE OMARIYA CASABLANCA
Rue 49 Lot. Omariya - Hay Inara
Hay Inara, Ain Chock - Casablanca
Tél.: 05 22 52 36 29

03
07
2020

224,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

Le 11/08/2020

bonsoir

600814

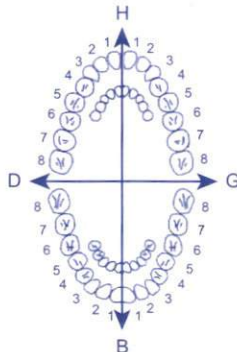
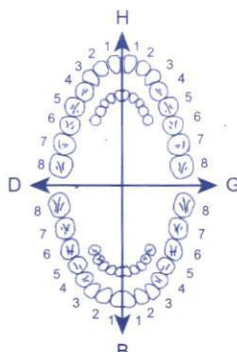
PARAPHARMACIE
CENTRE KINE MED
180/184 Bd. TCHIKI LOT. SAMIA
AIN CHOK CASABLANCA
Tél.: 06 62 30 50 72

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 canaux, 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														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. MAKHCHOUNE Mouna

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations
et de la colonne vertébrale (Sciatiques)
Les rhumatismes
Osthéoporose et la goutte
Rhumatologie Pédiatrique
Echographie ostéo-articulaire



الدكتورة مخشون منى

طبيبة أخصائية

أمراض العظام، المفاصل والعمود الفقري (بوزلوم)
أمراض الروماتيزم
هشاشة العظام والنفرس
أمراض الروماتيزم عند الأطفال
فحص المفاصل بالصدى

Casablanca, le : 03 جوان 2020

EL ALAMI falk Fahmy

1/ Ambashk

600.00 D19

2/ Tegretol 200

35.80

3/ Danoxyl goutte

133.00

4/ Arcoxia 90

424.10

PHARMACIE OMARIYA CASABLANCA
PARAPHARMACIE
CENTRE KINE
180/184 Bd. Techika Lot. 7 km14
AIN CHOK CASABLANCA
Tél: 06 62 30 50 72

SV

SV

SV

Top 2 2
102mou
05 goutte
10 goutte
176
10p
Arcoxia 90 mg
7 comprimés
P.P.V : 133,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMP/21/NTC
6 118001 160044

75, شارع الإمام الشافعي الزنقة 16 تجزئة (ياء) القدس - البرنوصي

Tél. : 05 22 73 44 42 - E-mail : mounamakhchoune@hotmail.fr

URGENCE : 06 13 01 25 35

FACTURE N° : P40

ELALAMI LALLA FATIMA

Code Client : 202057

Casablanca le, 11/08/2020

Code Article	Désignation	Qté	P.U.	Montant	Tva
869891804175	LOMBOSTAT	1.00	600.00	600.00	20.00%
<p>PARAPHARMACIE CENTRE KINE MED 180/184 Bd. Tichka Lot. SAMIA AIN CHOK CASABLANCA Tél : 06 62 30 50 72</p>					

500.00

20 %

100.00

TOTAL H.T.

500.00

TOTAL T.V.A.

100.00

TOTAL T.T.C.

600.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
SIX CENTS DH.