

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.

Adresses Mails utiles



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

Voir avec Zineb

Déclaration de Maladie

N° P19- 058207

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0763 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : ELGANOUNI ELHASSAN

Date de naissance : 8 12 13

Adresse : 13 Rue Vaneau 01800

Tél : 06 67 94 41 68 Total des frais engagés : 0182 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 : Casablanca

Le : 11/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

11/09/2020

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

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>[Signature]</i>	<i>07/12/2019</i>	<i>Denture</i>	<i>Rothme</i>			
<i>Anchre</i>	<i>Apne</i>	<i>Sene</i>	<i>bpe</i>			
<i>Mme. Fren</i>	<i>Lug</i>	<i>80</i>	<i>70</i>			
<i>2500</i>	<i>21=</i>	<i>80</i>	<i>500</i>	<i>on</i>		<i>institute</i>

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

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

<p>O.D.F</p> <p>PROTHESES DENTAIRES</p>	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <th align="left" colspan="2">H</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </table> <p align="center">(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p>
H												
25533412 00000000	21433552 00000000											
D	G											
00000000 35533411	00000000 11433553											
B												

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

DATE DU
DEVIS



BIEN ENTENDRE

E-mail : bienentendre@yahoo.com

Tél : 05 22 54 21 30

Madame SCALLY ép. EL GANOUNI Khaddouj

Casablanca le, 27.12.2019

FACTURE N°209/ 2019

=====

Deux Prothèses Auditives :

=====

Marque : SIEMENS

Type : Numérique PURE Charge &Go 7 nx

Bilan audio-prothétique

Adaptation sur mesure.

Suivi et contrôle régulier de l'efficacité de l'appareillage

Homologation en France et marquage CE

Garantie deux ans pièce et main d'œuvre

Prix : 21 500 x 2 = 43 000 DH HT (Quarante Trois Mille Dirhams HT)

Facture acquittée par chèque AWB N° ARV 615594

BIEN ENTENDRE
7, Rue de Sebta Rés. RAMI
Etg. 2, Bur 8 - Casablanca
Tél. 05 22 54 21 30