

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.



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 058006

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7610 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHABIBA KHACID

Date de naissance : 01.07.1983

Adresse : HATFATEH EL OULFA COUSIN 25

Tél : 0663249474 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور سعيد الشرواح
طبيب محلف، خبير لدى المحاكم
60، طريق مولاي التهامي
(قرب مستشفى الحي الحسني)
ماروك الحي الحسني، الدار البيضاء.
الهاتف : 022 90 70 88 - الفاكس : 022 97 56

Date de consultation : 17/09/2020

Nom et prénom du malade : CHABIBA KHACID 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
17/09/20	C		2000 DA	دكتور سعيد خليف طبيب محلف، خليف الأستاذ 60، طريق مولاي الحبيب الدارالدين - 17 96 أحمد مستشفى الحي 172 90 10 88 مارولا الهاتف

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STEPHARMACIEN Lud. Majstchik 54 3 101 64 Casablanca - Tél. 0522 92 10 29	17/09/20	398,90

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de noter la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

الدكتور سعيد الخزولي

MOULI

nté
naux

30,00

CHARBIA

طبيب محلف

مختار من قبل

Casablanca, le : 17-09-2022 في: الدار البيضاء،

1. Refal 15 x 2
79,00 x 2 14/1

2. Tracet
30,00 14 x 3/1

LOT 200339
EXP 02/2023
PPV 79.00DH

LOT 200339
EXP 02/2023
PPV 79.00DH

3. Breavis
59,30 14/1

4. Kalest
75,00 14/1

STE PHARMACIE HAMZA
ANCA
CAG 6N° 3 L
0522 93

Lottis
Cas

5. Stilnox 15
56,60 14/1

LOT 191335
EXP 03/2022
PPV 75.00DH

6. Faradol
20,00 14/1

LOT 20E005
PER: 05/2024
STILNOX 10M
CP PEL SEC B 10
P.P.V.: 56DH60
6 118000 061465

MATIN MICH SOIR DUREE

LOT: 0294
PER: AUT 2022
PPV: 20 DH 00

60 Route Moulay Tahmi (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay H

Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: - E-mail: drgzsa@gmail.com