

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 canaux, 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 canaux.

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- 049993

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1096 Société : 40785

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZERROU Abdou

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 01 04 97 54 Total des frais engagés : 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553			Montant des soins
	(Création, Remont, adjonction)			Date du devis
	Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de

Signature du praticien	Vu et validé par le patient
------------------------	-----------------------------

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-340395	
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		



W18-340395

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom <u>ZERROU Abdelhak</u>		
Fonction :	Phonies	
Mail		
MEDECIN	Prénom du patient <u>Zerrou Abdelhak</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite
<u>Affecte myliet</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
<u>Non</u>		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>1</u>	<u>1</u>	<u>300</u>
PHARMACIE		
Date <u>24/08/20</u>		
Montant de la facture <u>217,70</u>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
Date :		
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

DR Ahmed FARIH MERINI
Psychiatre
25. Av. Al-Nasr - Abdel Rahman
Tél : +212 524 18 15 24
PHARMACIE BOUTALEB
A. BOUTALEB pharmacien
Rue de Fes - Mohammed VI
Tél : 05 23 32 34 60

Comprimés pelliculés

LOT: 590015
PER: DEC 2020
PPV: 91 DH 00

Comprimés pelliculés

LOT: KE00009
PER: DEC 2021
PPV: 91 DH 00

LOT 200595
EXP 06 2023
PPV 35.70
35,70
Barcode

Dr Ahmed Farid MERINI

Psychiatre

Psychothérapie - Psychanalyse
pour Adultes, Enfants et Adolescents

CES de Psychiatrie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

D.E.A de Psychopathologie

Ancien Médecin Interne Titulaire
des Hôpitaux de Nice

Sur rendez-vous



الدكتور أحمد فريد لميري

اختصاصي في الأمراض النفسية

والعقيدة التحليل النفسي للكبار والأطفال

طبيب سابق بجماعة نيس بفرنسا

طبيب تشخيصات نيس

الموعد

Rabat, le : 24/08/20

Zerrou Abdelali

91,000

- sitap 5mg

1x le matin + 5j mi

35,70 1x matin et soir + 5j mi

- Alprazolam

0 - 1/4 - 1/4

+ 5j mi

217,70

Dr Ahmed Farid MERINI
Psychiatre
25, Av. Atlas - Agdal, Rabat - Maroc
Tél.: +212 (0)5 37 67 55 24

PHARMACIE IBN YASSINE
A. BOUTALEB Pharmacien
Rue de Fes - Mohammedia
Tél : 05 23 32 34 60