

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- 053073

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1403 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : VEUVE
Nom & Prénom : BOUGSA GHANIA VEUVE BENANI DAKHANA
Date de naissance : 11/05/59
Adresse : RESIDENCE NARDANA APP4 IM7/4
CALIFORNIE
Tél. : 06 61 12 61 48 Total des frais engagés : 413,20 DH 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 : 24/09/2020
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 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												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D 00000000	35533411	00000000	11433553		Montant des soins
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
D 00000000	35533411	00000000	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14 / 0031632		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
le 24/09	413,20	1
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		1403



P 14 / 0031632

DATE DE DEPOT

24 / 09 / 2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1403	Signature de DAKHANA 												
Nom & Prénom BOUGSA GHANIA		VEUVE BENANI													
Fonction	Phones 06 61 19 64 48														
Mail															
MEDECIN		Prénom du patient GHANIA													
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 61 ANS												
Nature de la maladie		Date 14/09/2020													
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite													
Dermatose															
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Dermatose													
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires													
C	1	#359,00													
PHARMACIE		Date 14/09/2020	Signature et PHARMACIE JERRADA 												
Montant de la facture		6320													
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 24/	CACHET												
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires														
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	CACHET												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV					
Nombre				Montant détaillé des Honoraires											
AM	PC	IM	IV												



na

الدكتورة نجام فاطنة

أستاذة سابقة بكلية
الطب الدار البيضاء

إختصاصية في الأمراض الجلدية والتجميل

63,20

ÉTIQUE

LASER - PUATHÉRAPIE

Casablanca, le : 14/07/2020

pour ZENANI Hamid Bouggia

Zyrtec



63.20.

1 ep 1 à 2 fois

PHARMACIE KERRADA
61, Bd Abdelmoumen - Casablanca
0522 23 54 49 / 05 22 88 47 20

x 2

docteur NEJJAM Fatiha
PROFESSEUR
DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE
293, Bd. Abdelmoumen - CASA
0522 23 54 49 / 05 22 88 47 20