

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.

Ordonnance :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Éducation :

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.

Prothèse :

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° P19-0028669

ND 45734

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4835 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAID BRIBER

Date de naissance : 03/03/1957

Adresse :

Tél : 06 66 18 87 48 Total des frais engagés : 22,42 E Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MEDECIN - COLONEL
Malika HAJILA
Médecin Chef de L'F P M 1957

Date de consultation : 15/06/2020

Nom et prénom du malade : ZERRAD Saad Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Dépression + DM2

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 : 02/11/2020

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

19/04/2020

MEDECIN COLONEL Malika HAMLA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE

55, rue Marcheron

92170 VANVES - 92 2 017454

Tel. 01 46 42 93 81

09/09/20

22,42€

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

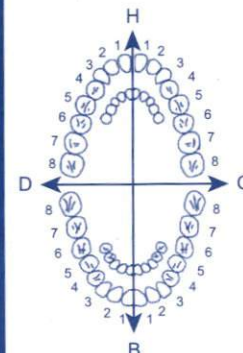
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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

H

25533412

21433552

D

00000000

G

00000000

00000000

35533411

11433553

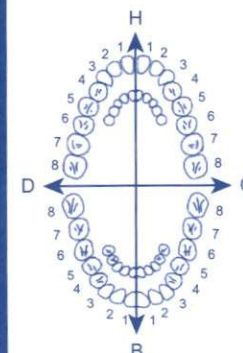
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

2/9/2020
Mme Soudan ZERRAD

fluorophye 800 -

= 4 b bi -

Ar ar tenuel de 03hms

Sulfonide 50 -

1 fl de str'

bt de 03hms

MEDECIN COLONEL
Malika HAJILA
Médecin Chef de L'E.R.M.FAR

PHARMACIE TRINCAL
TRINCAL
55 RUE RAYMOND MARCHERON
92170 VANVES
Tel : 01-46-42-03-81
Fax : 09-70-29-50-18

ZERRAD SAADIA

N° Caisse : 92 2 01745 4

Opérateur : FJ

Code S Qte Designation

Ordon.

Facture 233568 du 09/09/2020

Délivrance du 09/09/2020

Non Sécurisé

MEDECIN FICTIF

351999966

Ordo du 09/09/2020

Code	S	Qte	Designation	Act	Punit	Base R	Hono.	TxRo
3400937224611 N	1		GLUCOPHAGE 850MG CPR 90 PH7	7,30		5,49	1,02	000
396511								
3400935153609 N	3		SULPIRIDE 50MG MYLAN GELU PH4	2,32		2,32	1,02	000
396512								
HDR	N	1	Honoraire medicament remb HDR	0,51		0,51	0,00	000
HDE	N	1	Honoraire medicament spec HDE	3,57		3,57	0,00	000
Total	22,42	Total	RO 0,00	Total	RC 0,00	Total	Assure	22,42