

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## 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.

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0007836

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3351

Société : RHM

51722

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JALAL Abd el hafiz

Date de naissance : 01/10/1960

Adresse : Bouchekayf Rue 59 n°52 Casablanca

Tél. : 0608158914

Total des frais engagés : 1000000 Dhs

MUPRAS

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. L'EN. EBB  
Abderazzak  
40, Avenue Br. Moulay  
Chiaouia 2 Hay Lyaoune  
Tél. : 06.68.38.11.22  
16 DEC. 2020

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : M. JALAL Abd el hafiz 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 : 14/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE 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
14/12/2020			100.00	 BENTE EDERAZ Montejo de la Casa 14-12-2020

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/12/2020	10.30

## 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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan d'explorations.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
D 00000000 35533411	B 00000000 11433553			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR BENTABBAA ABDERRAZZAK

Medecine generale

40. Angle Beni M'Guild

Rue Chriadma - Hay Laâyoune

Casablanca - Tel: 06 68 38 14 22

الدكتور بنتباع عبد الرزاق

الطب العام

40، زاوية بني مكيلد، زنقة الشياطنة

حي العيون

الدار البيضاء الهاتف 06 68 38 14 22

CASABLANCA LE

14/12/2020

M<sup>r</sup> Smail TALAL



1030 Drip 500 - 8  
1 CP 3x17 x 41

PUISSE PHARMACEUTIQUE  
PHARMACEUTIQUE  
Angle Place et Rue Sidi Maârouf  
Casablanca - Tel: 0522 28 05 86  
T: 0522 27 77 - F: 1444 74 37  
CNSS: 93 18058 - RC: 2856 47  
ICE: 000189678000003

DR. BENTABBAA  
ABDERRAZZAK  
40 Angle Beni M'Guild  
Rue Chriadma - Hay Laâyoune Casa  
Casablanca - Tel: 06 68 38 14 22

40. زاوية بني مكيلد، زنقة الشياطنة حي العيون الدار البيضاء - الهاتف : 06 68 38 14 22

40. Angle Beni M'Guild, Rue Chriadma - Hay Laâyoune

