

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- 0043125

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06064 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AZIZ ABDELAZIZ

Date de naissance : 15-01-1959

Adresse : 7 Residence de Parc N°15

Tél. : 0661201229 Total des frais engagés : 485,05 + 150 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

BERDAI Fouad
OMNIPRATICIEN
666, Bd. El Fida, Hay Amal
Casablanca 20550
Tél./Fax : 05 22 28 66 13

Date de consultation : 21/12/2020

Nom et prénom du malade : AZIZ ABDELAZIZ Age :

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

Nature de la maladie : Colécholécystite

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
21/12/2020	C	1	150 AL	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/12/2020	485,05

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

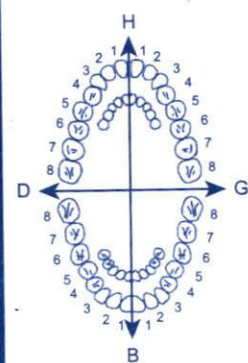
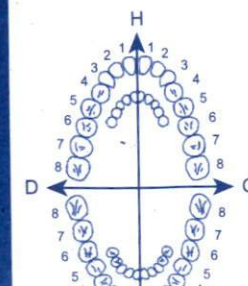
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>

Docteur HADJ FOUAD BERDAI

EXPERT ASSERMENTE
PRES LES TRIBUNAUX

OMNIPRATICIEN

MEMBRE DE LA COMPAGNIE
DES EXPERTS ASSERMENTES

686, Bd EL Fida - Hay Amal 1

Tél / Fax : 05 22 28 66 13

Casablanca 20550

الدكتور الحاج فؤاد البردعي

خبير محلف لدى المحاكم

طبيب متعدد الاختصاصات

عضو جمعية الخبراء المحلفين

686، شارع الفداء - حي الأمل 1

تلفاكس : 05 22 28 66 13

الدار البيضاء 20550

Casablanca, le : 21. 12. 2020. في الدار البيضاء،

DYNATEMS

79,50



1 cp = 3 fcs

FLABAL

79,95

1 cp = 3 fcs

Mahavemâ fait

54,70

1 cp = 3 fcs

Neo clon

87,90

1 stat = 2 fcs

Lot : 200236
A consommer de
préférence avant le : 04/2023
PPC : 79.50 dh

Dy

Lot N° :
DP : L1830
DE : P:02/21
PVC : 79.95 DH

LOT : 01406
EXP : 06 2025
PPV : 54,70

Lot N° : 19045
Exp : 10/21
PPV : 87DH90

Bedelix



57,70

1 sachet + 36

125,30

VAXIGRIP P

Tetra



485,05

BEDELIX 3G
SACHETS B30
P.P.V : 57DH70
LOT : 20E013
PER: 03/08/2025
6 118000 010234

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Vaxigrip Tetra 15 µg/0,5 ml
sol inj b1
P.P.V : 125,30 DH
6 118001 082247

BERDAI Foud
OMNIPRATIC
605, Ed. El Fida, Bay Anfal 1
Casablanca 20550
Tél./Fax : 05 22 28 66 13

Pharmacie du POLO
Nadia LAHLOU
6 Bis, Av. Nador - Casablanca
Tél. 05 22 50 11 77