

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.

Education :

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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **05695**

Société : **Royal Air Maroc**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **AA Yousfi Neima**

Date de naissance : **Le 11/04/1960 à Casablanca**

Adresse : **115, Rue EL FOUIHATE "Résidence**

LA CASBA" N° 4 - Casablanca / MAROC

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pharmacie

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Mère Fille Frère Soeur Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Brûlure sur la main droite**

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 : **05/03/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **AA Yousfi**

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/01/2021	64.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

B Création, remont, adjonction)

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS



PHARMACIE HYPER
Nadia BENNIS BENNOUNA

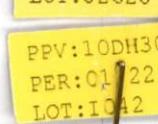
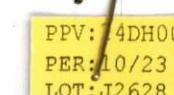
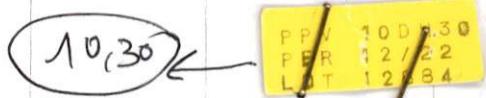
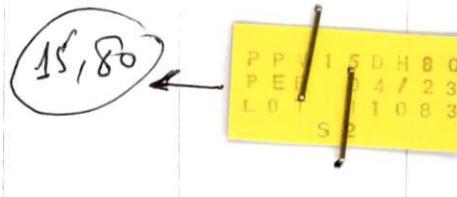
Page :1

FACTURE

N° FACTURE :136228
Date :05/01/2021

Client :

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
HEXOMEDINE TRANSCUTANEE	1	14.00	14.00
DOLIPRANE 500MGCOMP EFF	1	15.80	15.80
DOLIPRANE 500MG 20CP	2	10.30	20.60
DOLIPRANE 1GR/BT10COMP	1	14.00	14.00



Total TTC = 64.40

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : SOIXANTE-QUATRE DIRHAMS 40 CTS

TEL: +212 522 94 45 30 - CASABLANCA
NADIA BENNIS
PHARMACIE HYPER
25 ANGLE BD BIR ANZARANE ET ALI ABDERRAZAK

PATENTE:35709948 - R.C:252128 - I.F:1103138 - CNSS:2358837 ICE:000832641000092
25 ANGLE BD BIR ANZARANE ET ALI ABDERRAZAK TEL:+212 522 94 45 30