

## 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.

### Radiologie 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 canaux, 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 canaux.

### 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° W19-451632

N° D13432

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9529

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ATYA KHALIL

Date de naissance : 19/03/68

Adresse : Habituelle

Tél : 661 699 699

Total des frais engagés : 349,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Jamila CHALLOT  
Pédiatre  
Bd Ibn Sina Hay Hassani  
Groupe Résidentiel Al Baraka  
GH 144 - Casablanca  
Tél : 05 22 91 64 11

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14 / 12 / 2019

Nom et prénom du malade : ATYA Ahme

Age : 41 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Enfant

Nature de la maladie : Variante

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 : CASA

Le : 16 / 12 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



# 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
14/12/19	CS	200,00		Docteur Jamila CHALLOT Pédiatre Bd. Ibn Sina Hay Hassani Groupe Résidentiel Al Baraka CP 12 km 144 - Casablanca Tél. 05 22 91 64 11

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SAAD EL KHILFI Dr. H. EL KHILFI Bd. Hassan II - Casablanca	14/12/19	149,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

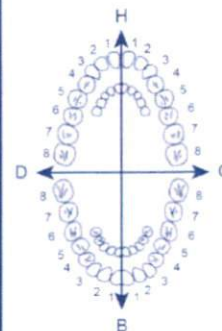
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

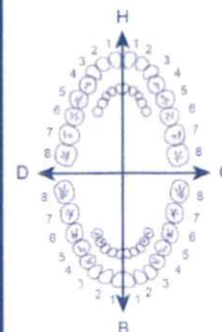
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
D	00000000
G	00000000
B	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

**Dr. Jamila CHALLOT**

Spécialiste en pédiatrie

Homeopathie

Ex- Pédiatre attachée au CHU Ibn Rochd

Ex- Pédiatre à l'Hôpital Sekkat Aïn-Chock

Casablanca



**الدكتورة جميلة شلوط**

اختصاصية في أمراض الأطفال و الرضع

الطب المثيل

طبيبة أطفال سابقا بالمركز الإستشفائي ابن رشد

طبيبة أطفال سابقا بمستشفى السقاط - عين الشق

الدار البيضاء

Casablanca. le 14 DEC. 2019

PHARMACIE  
SAAD EL KHEIR  
Diplôme de Lyon  
Hay El Hassani 05 22 91 64 11

ATYA Ahmed

149.5

Zioux

1 dose

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 149,00 DH  
ID : 636169  
6 118001 140923

Docteur Jamila CHALLOT  
Pédiatre  
Bd Ibn Sina Hay Hassani  
Groupe Résidentiel Al Baraka  
GH 12 Im 144 Casablanca  
Tél. 05 22 91 64 11