

# 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.

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.

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- 053892

ND: 29/12/8

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2331 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)

Nom & Prénom : MARAH - ABDELAZIZ

Date de naissance : 10/07/1954

Adresse : BD. EL QUODS AMICALE ENNAKRIC

IM. 1 APT 1 CASA

Tél. : 0662473354 Total des frais engagés : 4.000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... 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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
<i>ABRIZ FATIMA ZAHRA Physio - kinésithérapeute ré éducateur 06/08/2018 56.00 81</i>	18/01/2020	20	0	0	0	40000 Dhs

## 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

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]  
ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> $  \begin{array}{c c}  H & \\  \hline  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  D & G \\  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553 \\  \hline  B &   \end{array}  $ <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <b>DATE DU DEVIS</b>
--------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------



Centre Marocain de Kinésithérapie et Rééducation Fonctionnelle  
DAROUA

Date	Heure	Prix
01/11/19	10h00	200Dhs
06/11/19	11h00	—
11/11/19	14h00	—
14/11/19	15h00	—
21/11/19	18h00	—
29/11/19	11h00	—
02/12/19	16h00	—
06/12/19	10h00	—
13/12/19	11h00	—
16/12/19	13h00	—
20/12/19	16h00	—
24/12/19	15h00	—
03/01/2020	11h00	—
07/01/2020	10h00	—
15/01/2020	17h00	—
22/01/2020	11h00	—
30/01/2020	15h00	—
05/02/2020	16h00	—
13/02/2020	14h00	—
18/02/2020	10h00	—



Centre De KINESITHERAPIE Daroua , N° 19 Lot MAKHLOUF 2 ETG1- Deroua  
Tél : 05 22 51 43 73 – GSM : 06 68 56 96 81 – Fax : 05 22 85 21 84  
Patente : 55806759 – IF : 15198517 – ICE : 001599338000043 – RC : 9227



Centre Marocain de Kinésithérapie et Rééducation Fonctionnelle  
DAROUA

Le : 18/02/2020

Nom : El ALANI

Prénom : LALLA FATIMA

Facture n° : 22720

Diagnostique	Nombre de Séances	Prix par séance	Totale
Drainage de la face	20	2000	4000 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

*BARIZ FATIMA ZAHRA  
Kinésithérapeute  
ré éducateur  
Gsm: 0668 56 96 81*