

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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- 060032

ND 29843

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2723 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bourhil Mostafa

Date de naissance : 8.8.55

Adresse : Hay EL Wallaïm 20 N°15

Tél. : 0662600853 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Samir Bourhil Age : 18 ans

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) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie RAHMANI
Dr. FILALI ILHAM
Lot. Rahmani Rue N° 76
Sidi Moumen - Casablanca
Tel.: 05 22 72 83 98

18/05/2026

581,00 DH

092049890

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé
des Honoraires

LES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de ... traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

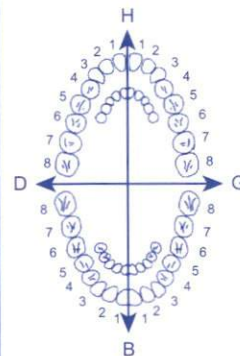
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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

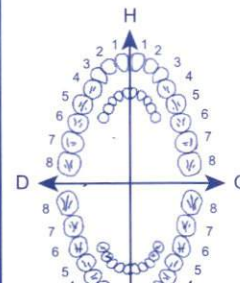
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

PHARMACIE RAHMANI
LOT RAHMANI RUE 14 N 76 SIDI MOUMEN
PHARMACIE RAHMANI



DR FILALI ILHAM

R.C :297116

Patente:33035628

T.V.A :

C.N.S.S:


Banque:

Tél :0522 72 89 88

Le 18/05/2020

FACTURE N°431612

BOURHIL SANAA

Désignation	Quantité	PPM	Total
NOVOMIX 30 FLEXPEN BT 5 STYLO	1	581,00	581,00
<div><div>Pharmacie RAHMANI Dr. FILALI ILHAM Lot. Rahmani Rue 14 N° 76 Sidi Moumen - Casablanca Tél.: 05 22 72 89 88</div></div>			
Total =			581,00

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinq Cent Quatre-vingt Un Dirhams.

3x5 ملل

نوفوميكس® 30 فليكسين®

100 وحدة/ ملل

معلق للحقن في قلم معبأ مسبقاً
أنسولين أسبرت
للحقن تحت الجلد

مصمم خصيصاً للاستعمال مع ابر نوفوفين® أو نوفوتويست®
للاستعمال الوحيد، وذات أقصى طول 8 مم.

لا تحتوي العبوة على الإبر

1 ملل من المعلق يحتوي على 100 وحدة (3.5 ملغ) من أنسولين
أسبرت (ADNr)،

(30% من الأنسولين أسبرت المنحل و 70% من الأنسولين
أسبرت متبلور بالبروتامين)

غليسيرول، فينول، ميتاكريسول، كلوريد الزنك، كلوريد
الصوديوم، ديهيدرات فوسفات الديسوديوم، سلفات البروتامين،
هيدروكسيد الصوديوم، حمض الكلوريدريك و ماء لتحضير
الحقنات

احترم المقادير المعيّنة Respecter les doses prescrites

يصرف فقط بموجب وصفة طبية/لاحة II Uniquement sur ordonnance/Liste II



مستورد وموزع من طرف لافروفان

21 زنقة الأوداية

20300 الدار البيضاء

© 2017

نوفونورديسك ش / م

نوفوالي

DK-2880 باؤسفيرد

الدنمارك

NovoMix® 30 FlexPen®

100U/ml

Suspension injectable

5 stylos pré-remplis de 3ml

PPV : 581 DH



6 118001 121298

8-9674-73-270-1