

# 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

Rue  
Kine

Acc.  
Déclaration de Maladie

N° P19- 046562

26631

33204

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1657 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : CHRAIBI ABDELMALEK

Date de naissance : 1/6/53

Adresse : 15 Rue El caïd Ahmed case

Tél. : 0661253157 Total des frais engagés : 3000 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 : Affection orthopédique

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 : case

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
30/04/2020	C.S			<b>DR. BENNANI FAYÇAL</b> TRAUMATO-ORTHOPÉDIE CHIRURGIE DU SPORT

### 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 Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<b>ORTHOS SCP</b> 105 Bd. 2 Mars Res. Ayman El Khair Casablanca TP: 33000000000000000000000000000000 <b>Rajaa NAFII</b> Kinésithérapeute Centre Orthos 105, Avenue 2 Mars RDC - Casablanca Tél: 0522 81 81 16	30/04/2020					3000,00 DHS

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent 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

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																	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Date : 30/04/2020

## DEMANDE DE RÉÉDUCATION

Cher confrère,

Permettez-moi de vous adresser Mr (Mme) : CHRAÏB ABDELMELEK

traité(e) pour ..... FRÉQUENTE DE LA COLÈRE PORTION AU BLES

Je vous l'adresse pour ..... 15 (quinze) séances de rééducation de

..... RENFORCEMENT MUSCULAIRE DU BASS

..... + ÉLECTRO-PHYSIOTHÉRAPIE

Recevez cher confrère l'expression de mes salutations les plus distinguées.

Signature :

**DR. BENNANI FAYCAL**  
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE  
CHIRURGIE DU SPORT

# ORTHOS



Rééducation Médicale et Sportive ترويض طبي و رياضي

+ 212 522 81 81 16 | + 212 522 81 81 17

## Facture 011/22

Nom et Prénom : CHRAIBI Abdelmalek

Casablanca le :03/06/2020

Natures des Actes	Honoraires
15 Séances de rééducation de l'épaule gauche :	
09/05/2020	200,00DHS
11/05/2020	200,00DHS
13/05/2020	200,00DHS
15/05/2020	200,00DHS
16/05/2020	200,00DHS
18/05/2020	200,00DHS
20/05/2020	200,00DHS
22/05/2020	200,00DHS
23/05/2020	200,00DHS
25/05/2020	200,00DHS
27/05/2020	200,00DHS
29/05/2020	200,00DHS
30/05/2020	200,00DHS
01/06/2020	200,00DHS
03/06/2020	200,00DHS
<b>Total</b>	<b>3000,00DHS</b>

105, AVENUE 2 MARS, RDC. CASABLANCA, MAROC

orthosport@gmail.com / www.centreorthos.ma

Horaires: Lun-Ven: 9h à 19h , Sam: 9h à 13h

GRUPA SSCP  
105, Bd. 2 Mars Res. Lymane El Khair  
Casablanca  
TP: 34465333  
Rajaa NAFII  
Kinesithérapeute  
Centre Orthos  
105, Avenue 2 Mars RDC - Casablanca  
Maroc - 0522 81 81 16