

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## itions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copié 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.

## ctique :

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.

## ntaire :

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

Nº P19- 053705

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 68.10 Société : 35802

Identifiant :  Pensionné(e)

& Prénom : GRVNC4A Redaiane

Date de naissance : 1965

Adresse : Rabat

Tél. : 678783309 Total des frais engagés : 150 + 234 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/07/2010

Nom et prénom du malade : GRVNC4A Redaiane Age : 45

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

GRVNC4A Redaiane

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
17/11/2023			150,-	DOC LEURDAN FRANCE 41 RUE TAPKIBA 13030 MARSEILLE BERRECHID TEL: 0522 32 06 76 45 48 49

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie IBN ROCHD</b> Dr. HACHIMI HAIFSA 30, Rue Moulay Idriss Laazhar AERRECH - Tél: 0522 32 70 47	17/07/2016	234,50 Dhs

## **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
		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 d

DOCTEUR Mouna TAMIM  
Omnipraticienne  
Echographie  
Médecine du Travail  
Diplômée de l'Université  
de Rennes en France  
ICE : 002027784000027



الدكتورة منى تيم  
الطب العام  
الفحص بالصدى  
طب الشغل  
حاصلة على диплом  
من جامعة «رين» بفرنسا  
INPE 061173340

\*\*\*\*\*

Berrechid le : 17/07/2013

92.50 ~~Glucophage~~ ميغاب

1) 3 Pharmacie IBN ROCHD  
Dr. LMAHIM HAFSA  
30, Rue Moulay Youssef Laazhar  
BERRECHID - Tél: 0522.32.70.47

41 RUE TARIC IBN HADJ SIDI  
BERRECHID TEL: 0522.32.44.55  
0676.45.48.49

34.00 Motilium 18 x 3

58.30 Megez 18 x 3

45.00 Megez 18 x 3

41 RUE TARIC IBN HADJ SIDI  
BERRECHID TEL: 0522.32.44.55  
0676.45.48.49

4 زنقة طارق ابن زيد الطابق الأول برشيد - الهاتف : 0522.32.44.55 - 0676.45.48.49  
41 Rue Taric Ibnou Ziad 1er étage Berrechid - Tel : 0522.32.44.55 - GSM : 0676.45.48.49

xtrait de rhubarbe - Charb

LOT : 19694  
PÉD : 05/22  
P.V : 9.20 DH

92,80



LOT : 180207  
D.P.D : 10/2021  
49,00DH

34,60



CLINIQUE IBN ZOHR



مصحة ابن زهر

RECU DE VERSEMENT

DATE : 25-07-2020

Nom et prénom : GRUCHA Resouane

Prestations : MONTAGE DI SONDE

Honoraires : chèk. 1000 DH

N° de téléphone : 06 - 78 88- 33- 09

Nom assurance ou mutuelle : Marjras

Medecin : Dr Badra

CIN : /

Signé :

مصحة ابن زهر  
Clinique IBN ZOHR  
46, Lot EL Amal - Berrechid

CLINIQUE IBN ZOHR



Clinique Ibn Zohr

RECU DE VERSEMENT

DATE : 20/07/2020

Nom et prénom : Kricha Redouane

Prestations : Globules Rouges (2) + Plaquettes (10)

Honoraires : 3700 DH

N° de téléphone : 06 41 28 90 88

Nom assurance ou mutuelle :

Médecin : Dr Baden

CIN :

Signé :

DOCTEUR Mouna TAMIM  
Omnipraticienne  
Echographie  
Médecine du Travail  
Diplômée de l'Université  
de Rennes en France  
ICE 002027784000027



الدكتورة منى تميم  
الطب العام  
الفحص بالصدى  
طب الشغل  
حاصلة على диплом  
من جامعة «رين» بفرنسا  
INPE 061173340

Berrechid le 17-07-2010

Bracha Rechadine  
1) HSA

DOCTEUR MOUNA TAMIM  
OMNIPRATICIEN  
41 RUE TARIQ IBNOU ZIAD ETG 1  
BERRECHID TEL: 0522.32.45.49  
0675.45.48.79

DOCTEUR MOUNA TAMIM  
OMNIPRATICIEN  
41 RUE TARIQ IBNOU ZIAD ETG 1  
BERRECHID TEL: 0522.32.45.49  
0675.45.48.79

زنقة طارق ابن زياد الطابق الأول برشيد - الهاتف : 0522.32.44.55 - ابحمول : 0676.45.48.49

41 Rue Tariq Ibnou Ziad 1er étage Berrechid - Tel : 0522.32.44.55 - GSM : 0676.45.48.49