

# 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.

## Diagnostique 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 :

L'entente préalable renseigné sur la feuille de soins est

de remboursement.

ent canaux.

scripteur et renouvelée tous les 6



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19- 044817

ND: 53434

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 722 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ILIL Said

Date de naissance : 01.12.1949

Adresse : Cité Oulad Ziane apt 15 1<sup>er</sup> H

Casablanca

Tél : 0659808360 Total des frais engagés : 19320 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/11/2020

Nom et prénom du malade : Yanni Zaib

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur du genou

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 : Casablanca Le : 01/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

[illegible]

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes



Rheumatologie

| EXECUTION DES ORDONNANCES                 |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|   | 28/11/20 | 493,30                |

Date \_\_\_\_\_

Montant de la Facture

28/11/20

493,30

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  | 2    |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

Date \_\_\_\_\_

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires

2

[illegible]

Date des Soins

Nombre

### Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

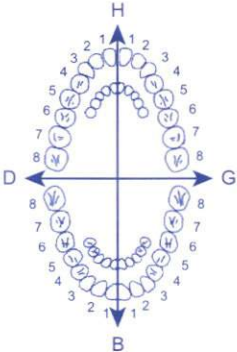
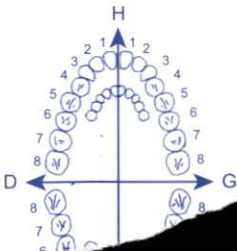
IV

## RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient |   |  |
|---|--|---------------------|-------------|---|--|
|    |  |                     |             | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |
|   |  |                     |             |   | MONTANTS<br>DES SOINS <input type="text"/> |
|   |  |                     |             |   |  |
|   |  |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |
|   |  |                     |             |   |  |
|   |  |                     |             |   |  |
|   |  |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |
|   |  |                     |             |   |  |
|   |  |                     |             |   |  |
|   |  |                     |             |   |  |
|   |  |                     |             |   |  |
|   |  |                     |             |   |  |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES   | <b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>H</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>25533412    21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000    00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>000000</span> <span>35533</span> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <span>(Cré</span> </div> |                     |             | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |
|  |  |                     |             |   |  |

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 canalaire, 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  
00000000

21433552  
00000000

D

00000  
35533

(Cr)

Fonctio



**Dr. SEKNAJI NAWAL**

**Rhumatologue**

**Maladies des os, des articulations  
et de la colonne vertébrale.**

**Médecine manuelle-ostéopathie**

**Echographie ostéoarticulaire.**



**د. سکناجي نوال**

**إختصاصیه فی الروماتیزم.**

**أمراض العظام، المفاصل،**

**والعمود الفقري.**

**الطب اليدوي- الحركي**

**فحص المفاصل والجهاز الحركي بالصدى.**

28/11/2020

**YAMNI ZOUBIDA**

- **Codoliprane 400 mg / 20 mg**  
1 Comprimés, matin, et midi après le repas pe  
puis en cas de douleurs
- **Ezium 40 mg**  
1 Gélule, matin, avant le repas
- **newflex gel froid**  
1 dose, matin, soir,
- **Arcoxia 90 mg**  
1 Comprimé, à midi, après le repas pendant 10 jours

22, 20  
PPV 22DH20  
PER 09/22  
LOT J2437

PPV: 119DH20  
PER: 04/22  
LOT: J1866-E

ISOPHARM  
N° 119 DH 20  
83.90 DH

Arcoxia 90 mg  
14 comprimés  
P.P.V.: 268,00 DH  
Distribué par MSD Maroc  
AMM 453/16DMP/21/NTG  
6 118001 160051

**Dr. SEKNAJI NAWAL**  
**Rhumatologue**

5, Rue Zineb Ishak, Bd Ibn Tachfine  
Casablanca - Tél: 05 22 62 62 86  
Code INPE: 091170415

**PHARMACIE JIHANE**  
RHAZOUANI Nadia Ep. BSIRI  
28, Centre Commerciale Cité Ouled Ziane  
Casablanca  
Tél.: 0522 60 55 15

35, rue Zineb Ishak, Bd Ibn Tachfine

Lavillette - Casablanca

Tél: 05 22 62 62 86

e-mail: seknajinawal@gmail.com

35 زنة زينب إسحاق، شارع ابن تاشفين

لافيليت - الدار البيضاء

الهاتف: 05022 62 62 86