

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.

Diagnostic 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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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- 051587

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8723

Société : RAM

54119

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUKHIL MOSTAFA

Date de naissance : 8/8/55

Adresse : HAY EL WALA A IMB 20 N°5

Tél. : 022 600853

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : I SANAAB BOUKHIL

Age : 12 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : / /

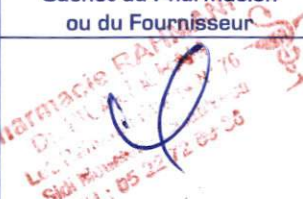
Signature de l'adhérent(e) :

12

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
	25/12/2026	581,00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

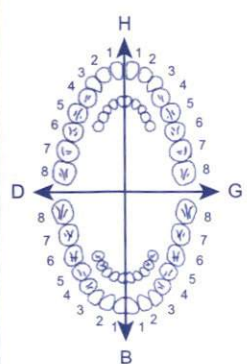
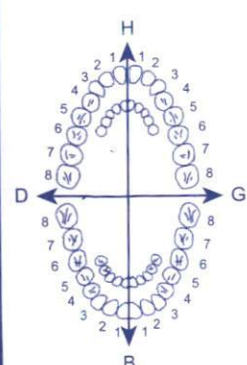
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'OD

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 D G 21433552 00000000 00000000 35533411 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
				MONTANTS DES SOINS	
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 25/12/2020

FACTURE N°455864

BOURHIL SANAA

Désignation	Quantité	PPM	Total
NOVOMIX 30 FLEXPEN BT 5 STYLO	1	581,00	581,00
Pharmacie RAHMANI DR FILALI ILHAM Lot Rahmani Rue 14 N 76 Sidi Moumen - 33035628 Tél.: 05 22 72 89 88 			
Total =			581,00

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

int. à utiliser N°
dans le Flexp

100 وحدة/ ملل

معلق للحقن في قلم معبأ مسبقا
أنسولين أسبرت
للحقن تحت الجلد

مصمم خصيصا للاستعمال مع إبر نوفوفين® أو نوفوتريست®
للاستعمال الوحيد، وذات أقصى طول 8 مم.

لا تحتوي العلبة 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 ممتلور بالبروتامين)

غليسيرول، فينول، ميتاكريسول، كلوريد الزنك، كلوريد الصوديوم، ثنائيهدرات فوسفات الديكسودنوم، سوفاكات البروتامين، هيدروكسيد الصوديوم، حمض الكلوريدريك و ماء لتحضير الحقنات

احترم المقادير المعينة

احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance/Liste II

يصرف فقط بموجب وصفة طبية/الائحة II

مستورد وموزع من طرف لايفولان

21 زنقة الأوداية

20300 الدار البيضاء

© 2017

نوفونورديسك ش.م

نوفوآلي

DK-2880 باوسفيرد

المنعرك

novo nordisk®

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 581 DH



6 118001 1121298

1-027-CL-7296-8