

# 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.

## Radiologie 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 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

ND: 54416

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0005288**

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8300

Société : 2A7 - DFF

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : WAHBI Hassan

Date de naissance : 28.11.67

Adresse : 136, bd OUED SEBOU OULFA CABA

Tél : 0662 765204 Total des frais engagés : 200 + 412, Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

SADOK ALBA

Age :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

2021

ACCUSE



## 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
	C		2007	دكتور سعيد بن الحارث صليب محلف، خبير في القضاة طبيب محلف، خبير في القضاة 60، طريق محمد علي الحسيني (قرب مستشفى الحادي - 1) مارولا - الحادي - الحادي الطائف 027 90 70 88

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

	10/11/20	412,90
--	----------	--------

## 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé  
des Honoraires

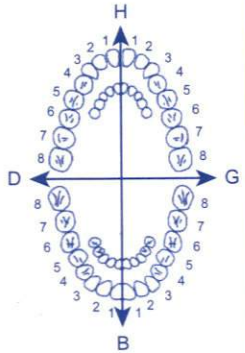
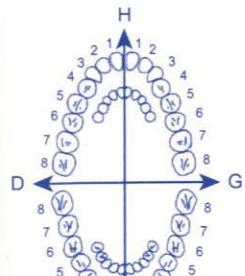
--	--	--	--	--	--

## 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 canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

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																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																	
			DATE DU DEVIS																	

Rhumix®

Boîte de 10 sachets

P.P.V. : 22,00 DH



6 118000 191032

BOUZOULI

menté

buniaux

الدكتور سعيد الخزولي

طبيب محلف

عمر البياض

Casablanca, le :

10-11-2020

2. Nasonex (S.V.)

1 sachet

23.10  
3. Lysanxia (S.V.)

2 sachets

4. Euazol (S.V.)

1 sachet

5. Iamoderm (S.V.)

6. Cera

41290

NASONEX 50 µg/dose

Suspension pour pulvérisation nasale

Flacon de 40 doses

P.P.V. : 56,20 DH

Distribué par MSD Maroc

Euazol®

20 mg

14

PHARMACIE

40, Boulevard Mohammed VI, Casablanca, Maroc  
Tél : 05 22 00 12 86

Cinet®

LOT : 19057 PER : 05/20  
PPV : 44,00 DH  
AMM N° : 119/150MP/21/NRO

Lysanxia 10 mg

PPV

2023

23 10

UT. AV :

2023

LOT N° :

1287872

عن طريق الفم - 20 كبسولة

إيمودرم

6 118000 018845

LOT : 20E08  
PER : 12 2024

20 Gél

P.P.V. : 30DH50

6 118000 018845

14

155,00

[illegible]