

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

M23-0018218

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2387

Société : RAQ

187221

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HARIFI BRAHIM RACHID

Date de naissance :

07-05-49

Adresse :

64 HAY AL MAGHRIB AL MARABI SECTA TEMARA

Tél. : 0661376926

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

ASRI MOUNIRA Age: .....  
07/05/1972

Nom et prénom du malade :

ASRI MOUNIRA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pathologie : .....  
TYP

Affection longue durée ou chronique :

ALD  ALC Pathologie : .....  
R

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

.....  
M

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 :

RAHAT

10/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

## 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
30 OCT. 2023	CS	02	300,00 DH	 Dr. Belal Amar Bouchra Endocrinologist 06 22 32 38

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE RENAISSANCE</b> Docteur Najiat RBATI Lot. Al-Mitak Erac-Temara Tel.: 037 64 50 36 INPE: 02061058	30/10/23	83.70

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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

Le praticien est prié de préciser la **client traitée, l'acte p**

### Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

## DES TRAVAUX

CONTANTS  
SSOINS

## BUT EXECUTION

## FIN D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

Facture N° FAC-81713

Date : 05/12/2023

PHARMACIE KENZY  
Najat RBATI  
Docteur en Pharmacie  
4420, Lot. Al Wifak - Erac - Témara  
Tél.: 05 37 64 50 36  
INPE : 102061058

PHARMACIE KENZY  
Najat RBATI  
Docteur en Pharmacie  
4420, Lot. Al Wifak - Erac - Témara  
Tél.: 05 37 64 50 36  
INPE : 102061058

MME ASRI MOUNIRA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
RINOMICINE ST B10 SACHETS	1	22,70	22,70
ARGO SI 250ML SIROP	2	30,50	61,00

Total Organisme	0 DHS
Total Client	83,70 DHS
<b>Total</b>	<b>83,70 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : quatre-vingt-trois DHS et soixante-dix centimes

LOT : 4316  
UT-AV : 05-26  
P.P.V : 30DH50



**ARGO**

Alginate de sodium/Bicarbonate de sodium

Voie orale

LOT : 9899  
UT. AV : 06 - 25  
P.P.V : 30DH50



**ARGO**

Alginate de sodium/Bicarbonate de sodium

Voie orale