

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### Traitement dentaire :

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

ND = 31651

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0016181

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 524

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Veuve pensionné

Nom & Prénom : LOUNSI Khodija

Date de naissance : 16/07/1948

Adresse : 61 Avenue Chahada, Hay Salam, Sala

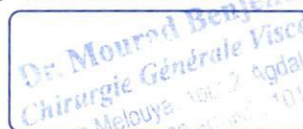
Tél : 0672319922

Total des frais engagés : 697,30

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/03/2020

Nom et prénom du malade : LOUNSI KHADIJA

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA - Courbature

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 : RABAT

Le : 17/03/2020

Signature de l'adhérent(e) : LOUNSI

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE LES IRIS</b> Avenue Ibn Sina, Agdal-Rabat Tél : 05 37 77 62 90	17/03/20	697,30

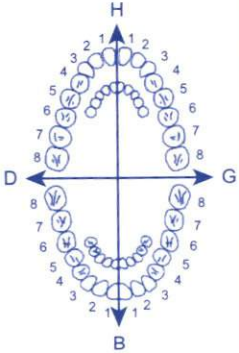
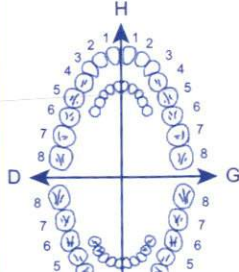
[illegible][illegible]

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>										
	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>													
	DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>													
FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
B														
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" 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 canaux, ainsi que le bilan

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	21433552
	00000000	00000000
D		
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

	00000000 35533411	00000000 11433553	
	<b>B</b>		MONTANTS DES SOINS
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			DATE DU DEVIS

# ORDONNANCE

Le 17.03.2020

TOUNSI Khadija

122,10 x 3

1) Triatec 1cp/J QSP 3mois

35,20 x 3

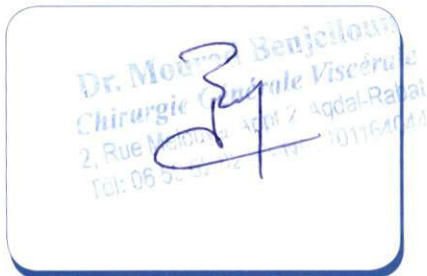
2) Nola gouttes : 1gtte / oeil x 2/J QSP 3mois

45,40

3) Duphalac Sirop : 1cas x 3/5 pdr 15j

697,30

**PHARMACIE LES IRIS**  
33, Avenue Ibn Sina, Agdal-Rabat  
Tél : 06 37 77 62 90



Signature et cachet du médecin



DUPHALAC 66,5%  
SOL BUV 200 ML

P.P.V : 45DH40



LOT : 19E003

PER.: 03 2022

**Duphalac**  
66,5%  
Lactulose



TRIATEC® 5mg 30 Comprimés



A conserver à une température inférieure à 25°C.

Uniquement sur ordonnance / جدول /  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية / جدول

احترم اللوائح المحلية  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Ramipril

TRIATEC® 5mg

06, 221





TRIATEC® 5mg 30 Comprimés



A conserver à une température inférieure à 25°C.

Uniquement sur ordonnance / Tableau A  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية / جدول أ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم اللّغادير الوحيّة

Ramipril

TRIATEC® 5mg

06, 221





TRIATEC® 5mg 30 Comprimés



A conserver à une température inférieure à 25°C.

Uniquement sur ordonnance / Tableau A  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية / جدول أ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم اللّغادير الوحيّة

Ramipril

TRIATEC® 5mg

06, 221



Ophthalmics

Ophthalmics

Ophthalmics

**Xola<sup>®</sup>** 2%

**Xola<sup>®</sup>** 2%

**Xola<sup>®</sup>** 2%

(Dorzolamide)

(Dorzolamide)

(Dorzolamide)

SOLUTION  
OPHTALMIQUE  
STÉRILE

SOLUTION  
OPHTALMIQUE  
STÉRILE

SOLUTION  
OPHTALMIQUE  
STÉRILE



جمعجوم فارما  
Jamjoom Pharma



جمعجوم فارما  
Jamjoom Pharma

5ml

جمعجوم فارما  
Jamjoom Pharma

5ml

PPV : 95 DH 20

PPV : 95 DH 20

PPV : 95 DH 20



12500803-02

12500803-02

12500803-02