

## 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.

### Biologie 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 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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 068349

ND: 32453

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6472 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

ex agent gestion

Nom & Prénom : ELHACHMI AMAL

Date de naissance : 12/02/1965

Adresse : lot ouest Taleb imm 73 Apt 2, Ain chraï Casa

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohammed CHAFIQ  
NEUROLOGUE  
Centre médical Sidi Othman  
3ème étage Place de la Préfecture  
Avenue 10 Mars, Sidi Othmane  
Tél : 0222 37 41 63 CASA

Date de consultation : 07/05/2020

Nom et prénom du malade : ELHACHMI AMAL Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : neuropathie diabétique

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 : CASA

Le : 10/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :



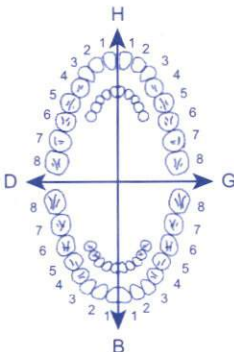
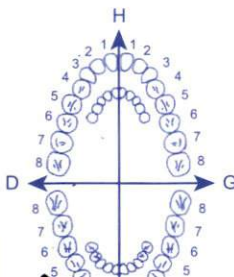
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
<table style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														

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**

[illegible]



- Ex attaché au C.H.U. IBN ROCHD
- Spécialiste des maladies du système nerveux, du Muscle et de la colonne vertébrale
- Epilepsie
- Electroencephalographie (EEG)
- Electroneuromyographie (EMG)

- طبيب ملحق سابقا بمستشفى ابن رشد
- اختصاصي في أمراض الجهاز العصبي و العضلي و الجهاز الفقري
- مرض الصرع
- التخطيط الكهربائي للدماغ
- التخطيط الكهربائي للأعصاب و الدماغ

Sur Rendez-vous

بالموعد

Casablanca, le 8/7/2020 الدار البيضاء في

Othman - Amed

68.70 x 10

Transmit 100

340.00 x 6

Alyse 150

PPV: 68DH70

PER: 02-25

LOT: J486

PPV: 68DH70

PER: 10-24

LOT: 12292



Dr. Mohammed CHAFIQ  
NEUROLOGUE  
Centre médical, Sidi Othman  
3ème étage Place de la Préfecture  
Avenue 10 Mars, Sidi Othmane  
Tél: 05 22 37 41 63 - CASA



شارع 10 مارس، ساحة العمالة، الطابق الثالث المرفق الطبي (قرب أسيميا) سيدي عثمان - البيضاء  
BD, 10 Mars, Place de la préfecture, 3ème étage, Centre médical - SIDI OTHMAN - CASA

الهاتف : 05 22 37 41 63 - المحمول : 06 65 10 46 10 - Fixe : 05 22 37 41 63



Lot: 19H694  
Per: 07.2021  
PPV: 340DH00

PPV: 68DH70  
PER: 06/24  
LOT: 11446  
68,70

68,70  
PPV: 68DH70  
PER: 06/24  
LOT: 11446



PPV: 68DH70  
PER: 10-24  
LOT: 12292



Lot: 19H694  
Per: 07.2021  
PPV: 340DH00

Lot: 19H694  
Per: 07.2021  
PPV: 340DH00

PPV: 68DH70  
PER: 10-24  
LOT: 12292



Lot: 19H694  
Per: 07.2021  
PPV: 340DH00

PPV: 68DH70  
PER: 10-24  
LOT: 12292



Lot: 19H694  
Per: 07.2021  
PPV: 340DH00

68,70  
PPV: 68DH70  
PER: 06/24  
LOT: 11446



Lot: 19H694  
Per: 07.2021  
PPV: 340DH00

PPV: 68DH70  
PER: 10-24  
LOT: 12292



PPV: 68DH70  
PER: 10-24  
LOT: 12292

