

# **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.

## **Diagnostique 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.

## **Éducation :**

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.

## **Prothèse 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

3.5167

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0023786**

☐ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 29029 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : M. S. B. Date de naissance : .....

Adresse : 27 Avenue TISSIER BERRICHID .....

Tél : 0660 8373 18 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... 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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....



# 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
		6	6	



# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie AFAF  
1.3.5 Rue Ila Abou Madi  
- BERRÉHID -  
Tel.: 0522 33 64 01

543,80

# 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

AM PC IM IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

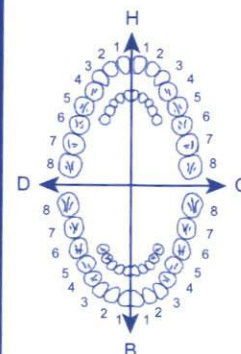
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

# ORDONNANCE

le 9/04/2020

Nom / Prénom :

EBBAH Thania

40.30x3.

1) Gracilline (3 bite)

112,50 - 1 cp x 2/1

2) Lotenax

30,50 - 1 gtt x 2/1

3) Imodium 2

78,70 - 1 cp x 2/1

4) Diclofénac 60

43,30 x 2 - 1 cp x 2/1

5) ADO 1 - 1 cp x 2/1

38,20 x 3 - 1 cp x 2/1

6) Indol 1 sup x 2/1

Pharmacie ALFAO  
1.3.5 Rue Ila Abou Madi  
- BERRECHID  
Tel.: 0522 93 64 01

543,80  
Hôpital  
Fouad Laïla  
Médecin Interne  
CHU Berrechid  
Préfecture de Berrechid

U.I.

icilline

LOT 191687 UT AU 06/22  
PPV 40.30 DH

U.I.

icilline

LOT 191687 UT AU 06/22  
PPV 40.30 DH

U.I.

enicilline

LOT 182350 UT AU 09/21  
PPV 40.30 DH

تاريخ التصنيع :  
تاريخ الانتهاء :  
le lot :  
الدفعة :

UTILISATION

جزء القارورة بقوة قبل الاستعمال

Tableau A (Liste I)

جدول أ (قائمة I)

Distribué par Zeeb Pharma

AMM Maroc N° 32 DMP/21/NNP

رخصة المغرب رقم :

PPV = 112,50 DH

LOT : 9MA051  
PER: 12 2023  
IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél

P.P.V : 30DH50



78,70

2617

43,30

43,30

INDOLAN® 100mg 10 suppositoires

PPV 380DH20

EXP 08/2022  
LOT 95024 1

INDOLAN® 100mg 10 suppositoires

PPV 380DH20

EXP 08/2022  
LOT 95024 3

INDOLAN® 100mg 10 suppositoires

PPV 380DH20

EXP 11/2022  
LOT 90040 5