

# 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.

## Prothèse 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

## Déclaration de Maladie

N° P19-

068329

ND: 45085

ML7

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2838 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TADILI ABDELMOUNAÏM

Date de naissance : 18.02.1946

Adresse : Rés. 5° ALFAZAWA - VILLA 22 / Route d'Agouma

Tél. : 0661092345 Total des frais engagés : 1527,24 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Tadi Abdelmounaim Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Consultation - Ophtalmologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Blessure

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
	49		100	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BADIA Résidence LA CORNICHE EQ 3 Zone 3 rte d'Azemou Tél. 022.97.88.73 - CASA	13/10/20	1427,20

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# 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 l

SOINS DENT



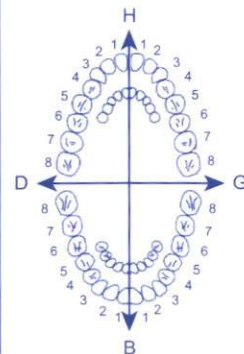
**AZARGA® 10 mg/ml + 5 mg/ml**  
Collyre en suspension, Flacon de 5 ml  
Distribué par les laboratoires  
SOTHEMA BOUSKOURA  
PPV : 194,30 DHS © 2011, 2015 Novartis 449271 MA

ses ou l



**AZARGA® 10 mg/ml + 5 mg/ml**  
Collyre en suspension, Flacon de 5 ml  
Distribué par les laboratoires  
SOTHEMA BOUSKOURA  
PPV : 194,30 DHS © 2011, 2015 Novartis 449271 MA

le bilan de



**AZARGA® 10 mg/ml + 5 mg/ml**  
Collyre en suspension, Flacon de 5 ml  
Distribué par les laboratoires  
SOTHEMA BOUSKOURA  
PPV : 194,30 DHS © 2011, 2015 Novartis 449271 MA



**AZARGA® 10 mg/ml + 5 mg/ml**  
Collyre en suspension, Flacon de 5 ml  
Distribué par les laboratoires  
SOTHEMA BOUSKOURA  
PPV : 194,30 DHS © 2011, 2015 Novartis 449271 MA

l'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

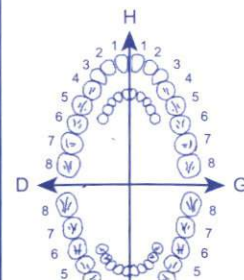
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS



RIMA  
PHARMA  
P.V.C  
50 00 DH

ALLERCA

ALLERCA

ALLERCA



0.2%

0.2%

0.2%

0.2%

Brimonidin

Brimonidin

Brimonidin

بريمونيدين

Collyre en solut

Collyre en solut

Collyre en solut

قطرات العين

PPV : 147DH50

PPV : 147DH50

PPV : 147DH50

PPV : 147DH50

Flacon de 5 ml

Flacon de 5 ml

Flacon de 5 ml

قنينة من فئة 5 مل