

# 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- 051038

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4748 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DOUTARAA CHAKIB

Date de naissance : 30-04-56

Adresse : 605 N FESSI IMH9 APPE MARRAKECH

Tél. : 0664470568 Total des frais engagés : 413,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/10/2020

Nom et prénom du malade : BOULEHARAJIA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Myalgie

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 : Marrakech Le : 30/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

## 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
14/10/2020	C		200,00 DM	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

  
PHARMACIE AL QUODS  
MARRAKECH  
TEL 05 24 30 82 94

14/10/2020

213,00

## 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé  
des Honoraires

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

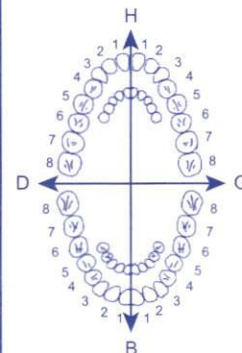
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

### 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

00000000

D

00000000

35533411

B

21433552

00000000

G

00000000

11433553

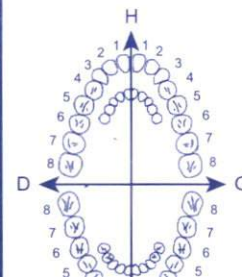
(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS





SP

Docteur Samira MAGHFOUR

MEDECINE GENERALE

79, Bd. El Machaar El Haram  
Sidi Abbad III ( en face du C.D.E.R. )

MARRAKECH

Tél. C. 05 24 30 21 30

الدكتورة سميرة مغفور  
الطب العام

79، شارع المشعر الحرام سيدي عباد 3  
(أمام مركز تنمية الطاقات المتجددة)

مراكش

الهاتف ع. 05 24 30 21 30

Marrakech, le : 14/10/20 مراكش، في

BOUTTA ZION

Eloprehe asdorele

Présence d'un peu  
expensif a une du  
fee (Kysch onidei hopoly)  
??-

الدكتورة سميرة مغفور  
Doct. Samira MAGHFOUR  
MEDECINE GENERALE  
79, Bd. El Machaar El Haram  
Sidi Abbad III  
Marrakech - Tél. C. 05 24 30 21 30

HP: DR HACHEFOUR, SANIBA  
ID: BOUCETA NM: T

12/10/2020  
23: 29

00

C: 40  
MG: 40  
X: 1.5  
GSC: 0  
ENH: 0  
SCC: 2  
MFI

D: 26 mm

C3F40  
3.5MHZ  
F T: - - -