

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ptique :

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.

## entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est

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- 063572

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02508 Société : RAM 12154

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMDAOUI ABDERRAHIM

Date de naissance : 01-01-1954

Adresse : 71 passage ghazave el manglan HAP

YASMINE BENNECHID

Tél. : 0635626572 Total des frais engagés : 1210 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL MOUTASSIL Touria  
Cardiologue  
4, Rue Ouba Bnou Nafie  
1er étage - BERRECHID  
Tél C 022 32 47 92 - D 022 32 47

Date de consultation : 03/11/2020

Nom et prénom du malade : HAMDAOUI ABDERRAHIM Age : 66 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension artérielle + Diabète

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'ai lu les renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare

avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Signature de l'adhérent(e) : Le : 11 DEC. 2020

ACCUEIL



# 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
03/11/2020	CS		2500H	<b>DR. EL MOUTASSIL Touria</b> Cardiologue 4, Rue Okba Bnou Nafou 1er étage - BERRECHID Tél C 022 32 47 92 - D 022 32 47 93

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>ASMOUN Samir</b> Docteur en Pharmacie Rue ASSALAM Hay Al Houde BERRECHID Tél 05 22 32 84 94	03/11/2020	960,00

# 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				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 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

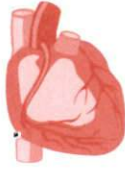
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Dr. Touria EL MOUTASSIL

Cardiologue - Diplômée de la Faculté  
de Médecine de Tours (France)

Maladies du Cœur et des Vaisseaux  
Echo-Doppler Cardiaque - Holter ECG  
et Holter T.A. Epreuve d'effort



المستورة تورية المتصل

اختصاصية في أمراض القلب والشرابين

خريجة كلية الطب (فرنسا)

الخبيرة بالموج فوق الصوتية

Docteur en Pharmacie

2, Rue ASSALAM Hay Al Houde

BERRECHID

Tél: 05 22 32 84 00

Berrechid, Le:

03/11/2020

Dr HAMDOUTI. ABDERRAHIM.

6x 72,00

- Détensiel 1cp x 2/j matin et soir.

3x 120,00

- Irvel 150mg 1cp/j le matin -

6x 28,00

- Glucophage 1000 1/2 cp matin et midi et 1/2 cp le soir

CSP 3 mois

T: 960,00

PHARMACIE ARAFAT  
ASMOUN Samir  
Docteur en Pharmacie

Rue ASSALAM Hay Al Houde  
BERRECHID

Tél: 05 22 32 84 00

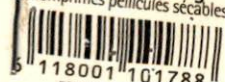
Dr. EL MOUTASSIL Touria  
Cardiologue  
4, Rue Okba Bnou Naf  
1er étage - BERRECHID

Tél: 022 32 47 92 - 022 32 47 92

إقامة رياض زنقة ابن خلدون برشيد - الهاتف: 05 22 32 47 92

Résidence Riad, Rue Ibn khaldoune - Berrechid - Tél.: 05 22 32 47 92 - ICE: 1744963000063

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



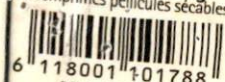
6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

120,00

129,00

120,00

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00