

# 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.

## 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- 057798

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10585 Société : 54011

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KSSI BA EL MAJIB

Date de naissance : 1963

Adresse : NSR ALAHA SP

Tél. : 0607458836 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28 / 12 / 2020

Nom et prénom du malade : Kssiba Douma Age : .....

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

Nature de la maladie : B.M

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
28.12.2020	CS		150.000	 Sarah DE RELCAIDA 20, Ard Souk St. Monarallate 2ème Etage Guedou 3 Tél.: 0522 33 64 20

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie NASROLLAH 327, Lot nasrollah - Berrechid - Tél.: 0522 51 67 19	23.12.20	272,10

## 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 :**

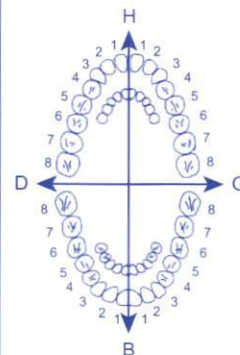
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

### 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	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

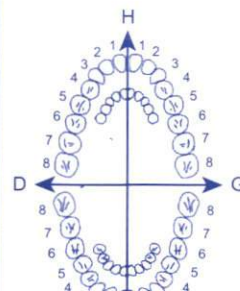
**[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS





Docteur Sarah BELCAIDA

Médecine Générale

- Diplôme universitaire en échographie
- Diplôme universitaire de Gynécologie suivi de grossesse et infertilité de l'université de bordeaux - France
- Electrocardiogramme
- Visite pour permis de conduire



Ordonnance

الدكتورة سارة بلقيدة

الطب العام

- دبلوم الفحص بالصدى
- دبلوم أمراض النساء، تتبع الحمل والعقم من جامعة بوردو - فرنسا
- التخطيط الكهربائي للقلب
- فحص رخصة السياقة

Berrechid le : 28.12.2020

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20E06  
EXP: 05/2023

Sarah BELCAIDA  
20, Bd Souk B. Mohammed V  
2eme Etage Bureau 2  
Tél: 0522 33 68 30

93,00  
4. Sacrau 1g 2/2 x 2 jrs palt 06 jrs.  
45,50  
2. Cataplan 50 up x 2 jrs  
34,00  
3. Dispancel 80 g. up x 3 jrs  
2 x 49,60  
4. Dan Forte '2btes' 15 jrs.  
T = 272,10



Pharmacie NASROLLAH  
327, Lot nasrollah  
Berrechid -  
Tél: 0522 51 67 19

Sarah BELCAIDA  
20, Bd Souk B. Mohammed V  
2eme Etage Bureau 2  
Tél: 0522 33 68 30

20. شارع محمد الخامس تجزئة نصر الله قرب مخبزة المدينة (فوق BMCE بنك)

20, Bd Mohamed V Lotissement Naser Allah (en dessus de BMCE Bank) - Berrechid

الهاتف : 05 22 33 68 30

93,00

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20E06  
EXP: 05/2023

LOT: M20111  
EXP: MAI 2023  
PPV: 45,50 DH