

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

## Informations 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° P19-0041711

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2741

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HAFFID Ahmed

Date de naissance : 01.01.1954

Adresse :  Rue 1 N° 43 Elhouch Berrechid

Tél. : 0668640833

Total des frais engagés : # 649,20

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/1/2021

Nom et prénom du malade : BAYI Amine

Age : 1956

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.

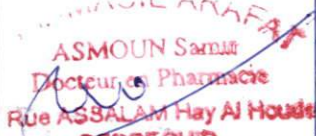
Fait à : Berrechid

Le : 25/01/2021

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
25/11/2021	CA		150,00	
30/11/2021	CA			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/01/2023 30/01/21	499,30 593,05

[illegible][illegible]

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

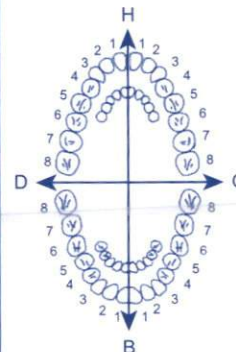
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

**Important :**

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

SOINS DENTAIRE	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
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU  
DEVIS

**Maphar**  
Km 10, Route Catière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
baccor 60mg/12,6mg  
p.p.v. 68

68,10 DM

18001 182350

68,10 DH

182350  
J/12  
8,10 D

111. Casablanca, 5mg

DOCTEUR Mouna TAMIM

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université

de Rennes en France

ICE : 002027784000027

Berrechid, le



لدكتور منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الأسرة

حاصلة

PIASCLELINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Solihema-Bouskoura  
PPV 188 00 DHS



PHARMACIE  
ASMOUN Samur  
Docteur en Pharmacie  
Rue ASSALAM Hay Al House  
BERRECHID  
Tél: 05 22 32 44 55

30-01-2021

Bayi EP Hafid Amin

188,00

Piascleline

LOT: 2009010  
EXP: 09/2020  
EXP: 09/2023  
PUC: 123,00DH

123,00

1 kg amide  
pel 3  
m 20

2) Pomartial

3 x 68,10

1 kg le soir  
pel 3  
m 20

3) Tenoretic  
77,75

1 kg le matin  
pel 3  
m 20

4) Trivimag

1 kg le soir

77,75 DH  
Lot: 250320308  
Per: 03-2023

0676.45.48.49 : المحمول - 0522.32.44.55 : الهاتف - الأول برشيد - 41, Rue Tariq Ibnou Ziad 1<sup>er</sup> étage Berrechid - Tél.: 0522.32.44.55 - GSM : 0676.45.48.49



DOCTEUR Mouna TAMM

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université  
de Rennes en France

ICE : 002027784000027

Berrechid, le



الدكتورة منى تميم

الطب العام

المفحص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

ورنسا

IN

144,50  
PER 01/22  
PPV 144,50  
144,50  
PER 01/22  
PPV 144,50

BAYIGTAFIOL AMINE

(S.V)

ESAC dom

18/8

(S.V)

2) vitameunifort

18/8

(S.V)

oxym c/sple

(S.V)

4) Nof

ASMOUN Samir  
Docteur en Pharmacie  
Rue ASSALAM Hay Al Houde  
BERRECHID  
05 22 32 84 94

76.45.48.49 : المزمول : 0522.32.44.55 : الهاتف : 0522.32.44.55 - GSM : 0676.45.48.49  
Rue Tariq Ibnou Ziad 1er étage Berrechid - Tél.: 0522.32.44.55 - GSM : 0676.45.48.49

PPV

LOT

PER

28,80

85,00

Exp. date : 20465  
08/2022  
85,00

PPC (DH) :

75,00

NOFIAT  
LOT : 153120F  
DLUO : 06/2023  
PPC : 75,00 DH  
PHARMA CONNECT

23.50 5) Miquelgüa S.V. 38  
721,50 Mpl 1

PPV 21DH50  
PER 09/22  
LOT 12637

1.499,30

*[Handwritten signature]*

PHARMACIE AKAFI  
ASMOUN Samir  
Docteur en Pharmacie  
Rue ASSALAM Hay Al Houde  
BERRECHID  
Tél. 05 22 32 84 94

DOCTEUR ASMOUN SAMIR  
41 RUE TAMER  
BERRECHID  
05 22 32 84 94