

# 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° P19-0027860

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (a)

Matricule : 9588

Société : R.A.M. 63466

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : CHATE Mohamed

Date de naissance : 16/08/1986

Adresse : Habituée

Tél : 06 6861 55 72

Total des frais engagés : 914 90 715

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. OUDGHIRI NAIMA  
Expert Assermenté  
Derb Inani, Rue 29 N°3  
Hay Mohammed  
Casablanca Tel: 05 22 62 62 35

ACCUEIL

Date de consultation : 16/03/2021

Nom et prénom du malade : Mr. Chayal Mohamed

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ☒ Chute

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 : Casablanca

Le : 16/03/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]





Docteur Naima OUDRHIRI  
MEDECINE GENERALE

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

الدكتورة نعيمة ودغيري  
الطب العام  
طبيبة محلقة  
خبيرة لدى المحاكم

Casablanca, le

11.03.2021

الدار البيضاء في

M. Chayat Moham

79,70

217,00

37,20

217,00

31 Bar mel

125,00 X 3

41 Bar mel

180,00

21 Bar mel

99,00

764,90

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

100,00

Dr. OUDGHIRI NAIMA  
Expert Assermenté  
Derb Inani, Rue 29 N°3  
Hay Mohammadi  
Casablanca Tél. 05 22 62 02 35



**ZITHROMAX®**  
azithromycine 500 mg

**ZITHROMAX 500 MG**  
Boîte de 03 comprimés  
Lot : 1278520  
Date Fab: 09 / 2019 Date Exp: 08 / 2021  
PPV : 79,70 DH

**BRONCHATHIOL®**  
Carbocistéine 5%

PPV 31-1120  
PER 02/20  
LOT 1355

31,20

**ADULTE**



LOT 202521  
EXP 10 2023  
PPV 80.00



LOT 191338  
EXP 04/2022  
PPV 99.00DH

**Bipreterax**  
Arginine 5 mg/1,25 mg  
Comprimés pelliculés  
périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés  
30 حبة ملبسة

5



125,60

**Bipreterax®**  
Arginine 5 mg/1,25 mg  
Comprimés pelliculés  
périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés  
30 حبة ملبسة

5



125,60

**Bipreterax®**  
Arginine 5 mg/1,25 mg  
Comprimés pelliculés  
périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés  
30 حبة ملبسة

5



125,60