

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

65428

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0013980

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07587

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ALI AS GOSTAFA

Date de naissance : 11-01-1959

Adresse :

3 AV AL MASSIRA AZAMOR

Tél. :

061 330911

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MLD

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Maladie chronique

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 : 30/10/2010

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE EL YOSSR</p> <p>Dr. Hanane EL MALEN - Pharmacienne</p> <p>Quartier Takouran - Sidi Ali Ben Hamdouche - Cn.9</p> <p>Azemmour - Route de La Plage - Par Casa</p> <p>Tel : 05 23 37 64 20</p>		2510,70

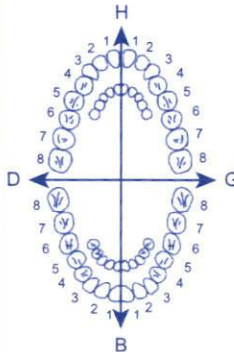
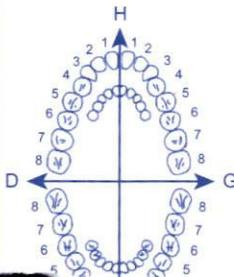
[illegible][illegible]

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>										
				Montants des Soins <input type="text"/>										
				Début d'exécution <input type="text"/>										
				Fin d'exécution <input type="text"/>										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>													
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;">D ————— G</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td></tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D ————— G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D ————— G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
B														
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>											
			Date du devis <input type="text"/>											

**Important :**

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d**

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>


O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



**H**

25533412 00000000	21433552 00000000
<b>D</b>	<b>G</b>
00000000 35533411	00000000 11433553
<b>B</b>	

**COEFFICIENT  
DES TRAVAUX**

**(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**MONTANTS  
DES SOINS**

**DATE DU  
DEVIS**

Client : .....

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Prix Total
3	Zyloric 200 mg cp	31,30	93,90
3	Kardejic 160mg	35,70	107,10
3	coveran 5/5 cp	208,00	624,00
3	Tahor 40mg / 28 cp	159,90	479,70
3	Ezetrol 10mg cp	402,00	1206,00

**Total = 2510,70**



**PHARMACIE EL YASSR**  
 Dr. Hanane EL MALEH - Pharmacienne  
 Douar Takourante Sidi Ali Ben Hamdouche Km 9  
 Azemmour - Route de la Plage - Par Casa  
 Tél : 05 23 37 64 20



**28,00**

**208,00**

**208,00**

**Zyloric®**

allopurinol

**200<sup>mg</sup>**

**28 comprimés**  
Voie orale

**زيلوريك®**

ألوبورينول

**200<sup>ملغ</sup>**

**28 قرصا**  
عن طريق الفم

31,30



**Zyloric®**

allopurinol

**200<sup>mg</sup>**

**28 comprimés**  
Voie orale

**زيلوريك®**

ألوبورينول

**200<sup>ملغ</sup>**

**28 قرصا**  
عن طريق الفم

31,30



**Zyloric®**

allopurinol

**200<sup>mg</sup>**

**28 comprimés**  
Voie orale

**زيلوريك®**

ألوبورينول

**200<sup>ملغ</sup>**

**28 قرصا**  
عن طريق الفم

31,30



**EZETROL® 10 mg** 28 comprimés  
comprimé *Ezetimibe*

**Titulaire :**

MSD Ltd  
Hertford Road, Hoddesdon  
HERTFORDSHIRE EN11 9BU  
ROYAUME-UNI

**Exploitant :**

MSD France  
34, avenue Léonard de Vinci  
92400 Courbevoie  
Information médicale : 01 80 46 40 40



**EZETROL® 10 mg.**

Boîte de 28 comprimés.

P.P.V : 402,00 DH

Distribué par MSD MAROC

B.P. 136 – BOUSKOURA

AMM 252/12DMP/21/NRS

74774/310314-1

**EZETROL® 10 mg** 28 comprimés  
comprimé *Ezetimibe*

**Titulaire :**

MSD Ltd  
Hertford Road, Hoddesdon  
HERTFORDSHIRE EN11 9BU  
ROYAUME-UNI

**Exploitant :**

MSD France  
34, avenue Léonard de Vinci  
92400 Courbevoie  
Information médicale : 01 80 46 40 40



**EZETROL® 10 mg.**

Boîte de 28 comprimés.

P.P.V : 402,00 DH

Distribué par MSD MAROC

B.P. 136 – BOUSKOURA

AMM 252/12DMP/21/NRS

74774/310314-1

**EZETROL® 10 mg** 28 comprimés  
comprimé *Ezetimibe*

**Titulaire :**

MSD Ltd  
Hertford Road, Hoddesdon  
HERTFORDSHIRE EN11 9BU  
ROYAUME-UNI

**Exploitant :**

MSD France  
34, avenue Léonard de Vinci  
92400 Courbevoie  
Information médicale : 01 80 46 40 40



**EZETROL® 10 mg.**

Boîte de 28 comprimés.

P.P.V : 402,00 DH

Distribué par MSD MAROC

B.P. 136 – BOUSKOURA

AMM 252/12DMP/21/NRS

74774/310314-1

Boite sécurisée pour votre protection

TAHOR 40MG 28 CPS

P.P.V : 159DH90



Laboratoires  
Pfizer S.A.



6 118001 170791

Liste I - Uniquement sur ordonnance

فقط وفقا لوصفة طبية . لائحة I



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

تقيد بالمقادير الموصوفة



Boite sécurisée pour votre protection

TAHOR 40MG 28 CPS

P.P.V : 159DH90



Laboratoires  
Pfizer S.A.



6 118001 170791

Liste I - Uniquement sur ordonnance

فقط وفقا لوصفة طبية . لائحة ]



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

تقيد بالمقادير الموصوفة



Boite sécurisée pour votre protection

TAHOR 40MG 28 CPS

P.P.V : 159DH90



Laboratoires  
Pfizer S.A.



6 118001 170791

Liste I - Uniquement sur ordonnance

فقط وفقا لوصفة طبية . لائحة ]



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

تقيد بالمقادير الموصوفة

