

# 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.

## 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.

## 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.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## Déclaration de 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.

68.893

Déclaration de Maladie : N° P19-0013381

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12281

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RMAIL Mousine Date de naissance : 11/09/78

Adresse : FORC PLAZA 1 IM N n°6 Mohamed VI

Tél. 0635285529

Total des frais engagés

MUPRAS

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/04/2021

Nom et prénom du malade : Rmail Sophie Age : 2 Ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection Pédiatrique

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 : Casablanca

Le : 20/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE 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
20 04 21	5	1	250,00	Dr. Jalal El Haddad Avenue Hassan II INP : 01059758

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>HARMACIE PONT BLONDIN</b> <b>Dr. LALI KOUBAA</b> Plage Tilal, 248 B.P. El Mansouria Ben Sliman - Tel. 03 23 30 30 18 -chammedia 5704 - Patente N° 3994 588 ICE : 0004 773 00029	20.04.2021	115,50

## **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
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX  
  
MONTANTS  
DES SOINS  
  
DATE DU  
DEVIS

DOCTEUR JALAL EL OUDGHIRI

PEDIATRE

Pédiatrie Générale - Néonatalogie - Urgence

Endocrinologie Pédiatrique

Diplômé de la Faculté de Dijon

Ancien Médecin des hôpitaux de France



الدكتور جلال الودغيري

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

انتعاش الرضيع - المستعجلات

مختص في امراض الغدد عند الطفل

خريج كلية الطب ديجون

طبيب سابق بالمستشفيات الفرنسية

20/04/2021

RMAIL SOPHIA

Age: 2 ans 5 mois 4 jours

Poids: 14,96 Kg

45,50

- Apixol - solution buvable  
1 cuillères à café trois fois par jour



40,00

- Biomylase solution  
1 cuillérée à café trois fois par jour pendant 05 jours



819,50

~~PHARMACIE PONT BLONDIN  
Dr. JALAL KOUBAA  
El Jadida, Tel. 248 Bis C.R. El Mansouria  
Slamana - Tel / Fax : 05 23 30 30 18  
Sohammadia 5704 - Pétrol. N° 3994/500  
16/04/2021~~

~~35/2021  
Dr. JALAL KOUBAA  
El Jadida  
Pédiatre  
Néonatalogie  
Endocrinologie  
Casablanca 20430  
059758  
059758~~



8 032578 479263

**Lot:** 200501

**À consommer  
avant le:** 09/2023

**PPC:** 79,50 DH



بیومیلاز®

200 U.CEIP/ml

49.00