

# 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.

## 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.

## Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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- 057864

69059

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9584 Société : RAN "H"

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FATIH ABDELKRIM

Date de naissance : 05 FEV 1967

Adresse : HAY EL BONS RESIDENCE AL FAIR INN "H"

NIL BERNOURI CASA

Tél. : 0667144032 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 :

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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# 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	
	23/04	10	Seances			2000000
	2001	2000000	Seances			facture

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





# Cabinet AZMI de Phisio-Kinésithérapeute

Adresse: Amal 4 Rue 55 N°18, Sidi Bernoussi, CASABLANCA

Casablanca, 23/04/2021

Nom du patient

Daby Karima

Cabinet AZMI  
de Phisio-Kinésithérapie  
Amal 4 Rue 55 N°18 Etg 1 S. Bernoussi  
Casa - Tél.: 06 55 55 89 30 / 06 58 04 17 81

Facture N° 2021/ 12

Diagnostic:

Syndrôme fémoro-patellaire.

DESIGNATION	Nombre de séance	Prix unitaire	Total
Rééducation fonctionnelle	10	20000	200 0,00

Net à payer	200 0,00
-------------	----------

Arrêté la présente facture à la somme de

deux mille dirhams

Hanaa AZMI

Cabinet AZMI  
de Phisio-Kinésithérapie  
Amal 4 Rue 55 N°18 Etg 1 S. Bernoussi  
Casa - Tél.: 06 55 55 89 30 / 06 58 04 17 81

Patente: 31601061

ICE : 002222001000085

IF : 33631829

R.C: 435900

Tél: 06 58 04 17 81 Email: hanaa.azmikinesi@gmail.com

# Cabinet AZMI de Phisio-Kinésithérapeute

Nom : Dalry

Prénom : Karima

Consultation : Sol Femina-pat

Nombre de séance : 10 se

Mutualiste ☒



📍 Amal 4 Rue 55 N°18 Etg1, Sidi Bernoussi . Casablanca.

✉ hanaa.azmikinesi@gmail.com ☎ 0696556930 / 0658041781

# Hanaa AZMI

Kinésithérapeute

## VOS PROCHAINS RENDEZ-VOUS

- 23/03/2021	/	-	..... h	..... min
- 25/03/2021	/	-	..... h	..... min
- 27/03/2021	/	-	..... h	..... min
- 29/03/2021	/	-	..... h	..... min
- 31/03/2021	/	-	..... h	..... min
- 02/04/2021	/	-	..... h	..... min
- 05/04/2021	/	-	..... h	..... min
- 07/04/2021	/	-	..... h	..... min
- 09/04/2021	/	-	..... h	..... min
- 12/04/2021	/	-	..... h	..... min
- .....	/	-	..... h	..... min
- .....	/	-	..... h	..... min
- .....	/	-	..... h	..... min
- .....	/	-	..... h	..... min
- .....	/	-	..... h	..... min

Merci d'annuler le Rendez-Vous 24h à l'avance