

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.

Radiologie 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- 047934/1069

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1069 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Zargu Hamnach
 Date de naissance :
 Adresse : Derb Talaoun rue 34 n° 30
 Cd. Mohamed 2959
 Tél. : 061986624 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AKIL MOHAMED
Médecin Chef BMH (Ancien)
Spécialiste en Médecine de Sport

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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
01/06/2021	C		G	Dr. AKIL MOHAMED Médecin Chef (Militaire) Spécialiste en Médecine de Sport

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

Directeur du Centre
Youssef ERKHHIS

12/07/21

255

50,00

1.250,00

KINESITHERAPIE

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

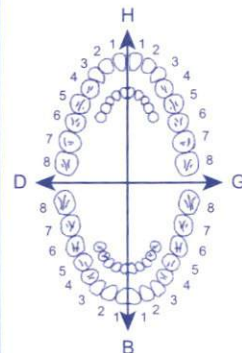
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

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

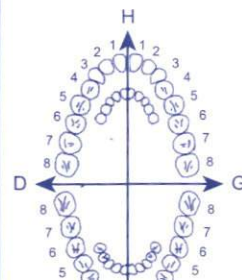
	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS



Docteur AKIL Mohamed

Diplômé de la faculté de Médecine de casa
Ancien Médecin Chef du BMH
GSM : 06 60 01 15 12



الدكتور محمد عاكيل

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
رئيس مصلحة حفظ الصحة سابقا
المحمول : 06 60 01 15 12

Casablanca le 01/06/2021

ORDONNANCE MEDICAL

Dr. AKIL MOHAMED

Médecin Chef BMH (Ancien)
Spécialiste en Médecine de Sport

Je soussigné Docteur:

Certifie avoir examiné le patient : HAMMADI ZARGUI

Qui présente : AVC

Et nécessite 25 Séances De Kinésithérapie .

Centre Amal de Rééducation

Hay Achi

Tél: 05 22 60 60 64

Dr. AKIL MOHAMED

Médecin Chef BMH (Ancien)
Spécialiste en Médecine de Sport



CENTRE AMAL DE RÉÉDUCATION
مركز الأمل للترويض الطبي



المقر الاجتماعي : حي عادل زنقة 8 رقم 55 احي الخمدي - الدار البيضاء ص.ب 5629
BMCE 011.794.0000.41.210.00.00563.53: الحساب البنكي 05 22 63 65 63: الفاكس 05 22 60 60 64: الهاتف
SITE : www.handicapamal.ma E-mail : handicapamal@gmail.com

Casablanca, le 12/07/2021

Facture N°:3495-1075/2021

Patient : **HAMMADI ZARGUI** du Centre: **HAY ADIL**

N° d'Enregistrement : **H3326**

Nécessite des prestations médicales suivant l'ordonnance de son médecin :

Service	Nbre des Séances	Prix Unitaire	Total
Kinésithérapie	25	50 DHs	1250 DHs
Total			1250 DHs

Arrêté la présente facture à la somme de :

mille deux cent cinquante DHs

Centre Amal de Rééducation
Hay Adil
Tél: 05 22 60 60 64

Directeur du Centre

Directeur du Centre
Youssef ERKHS

KINESITHERAPIE



CENTRE AMAL DE RÉÉDUCATION
مركز الأمل للترويض الطبي



المقر الإجتماعي : حي عادل زنقة 8 رقم 55 احي احمدي - الدار البيضاء ص.ب 5629
BMCE 011.794.0000.41.210.00.00563.53: الحساب البنكي 05 22 63 65 63: الفاكس 05 22 60 60 64: الهاتف
SITE : www.handicapamal.ma E-mail : handicapamal@gmail.com

Centre Amal de Rééducation
Hay Adil
Tél: 05 22 60 60 64

Planning des Seances

KINESITHERAPIE

Patient :

HAMMADI ZARGUI

N° Enregistrement:

H3326

Jour	Date	Nature de Séance
jeudi	03/06/2021	Kinésithérapie
vendredi	04/06/2021	Kinésithérapie
lundi	07/06/2021	Kinésithérapie
mardi	08/06/2021	Kinésithérapie
mercredi	09/06/2021	Kinésithérapie
jeudi	10/06/2021	Kinésithérapie
vendredi	11/06/2021	Kinésithérapie
lundi	14/06/2021	Kinésithérapie
mardi	15/06/2021	Kinésithérapie
mercredi	16/06/2021	Kinésithérapie
jeudi	17/06/2021	Kinésithérapie
vendredi	18/06/2021	Kinésithérapie
lundi	21/06/2021	Kinésithérapie
mardi	22/06/2021	Kinésithérapie
mercredi	23/06/2021	Kinésithérapie
jeudi	24/06/2021	Kinésithérapie
vendredi	25/06/2021	Kinésithérapie

lundi	28/06/2021	Kinésithérapie
mardi	29/06/2021	Kinésithérapie
mercredi	30/06/2021	Kinésithérapie
jeudi	01/07/2021	Kinésithérapie
vendredi	02/07/2021	Kinésithérapie
lundi	05/07/2021	Kinésithérapie
mardi	06/07/2021	Kinésithérapie
mercredi	07/07/2021	Kinésithérapie

Centre Amal de Rééducation
Hay Adil
Tél: 05 22 60 60 64

Directeur du Centre
Youssef ERRKHIS

KINESITHERAPIE