

# 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.

## Educateur :

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 :

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.

## 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° M21- 0056258

8 3144

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2525 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Sadaw Khadija  
Date de naissance : 24/09/1968  
Adresse : 27 Rue Idriss El Khatib Haouira  
Casablanca  
Tél : 0658903374 Total des frais engagés : 99,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 26/08/2021  
Nom et prénom du malade : SADAWI KHADIJA EPZOLINE Age : 53 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Insuffisance cardiaque  
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/09/2021

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
26/08/2021	contrôle		6	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

26/08/2021

99,25

# 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

# 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

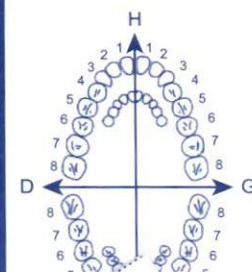
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCOEFFICIENT  
MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS


**Dr SELMA BENMOUSSA**

**Angiologue - Phlébologue**

Maladie des Artères, Veines et Lymphatiques  
Explorations Vasculaires par EchoDoppler  
Traitement des Varices par Sclérothérapie

Diplômée en Angiologie  
de la Faculté de médecine de Caen (France)

**الدكتورة سلمى بنموسى**

عيادة تشخيص أمراض الشرايين والأوردة  
فحص الأوعية الدموية بالإكودبلر والصدى الملون  
علاج الدوالي بالتصليب والحقن

**خريجة كلية الطب بكين - فرنسا**



Casablanca le : 26 août 2021

Nom : **Mme SADAWI KHADIJA EP ZOUINE**

49,60 a 2 - 99,20

**D CURE FORTE 100.000 UI**

2 ampoules à 15 jours d'intervalle  
puis 1 ampoule par mois pdt 2 mois



PPV: 49,60 DH  
LOT: 21F22  
EXP: 06/2024

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21F22  
EXP: 06/2024

**Dr. SELMA BENMOUSSA**  
**ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE**

22, Bd. Yacoub El Mansour

Espace El Mansour, 2ème Etage Bureau 22  
Tél. : 05 22 23 58 83 - Casablanca

T = 99,20

