

# **RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

## **Recommandations 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 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 ALÇ :**

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## **Déclaration de Maladie**

N° M21- 0015512

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 09452 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ZAHIDY Bouabid  
Date de naissance : 11.02.1968  
Adresse : 143 Bd Omar Belkacem Esc 5 Apt 20 Casablanca  
Tél : 0626301902 Total des frais engagés : Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin : **CABINET MEDICAL**  
Dr. OUKHLIFI HAFID  
Dr. d'Etat en Médecine Générale  
Bd. d'Alsace Casablanca  
Tél : 05 22 40 26 23  
Date de consultation : 19/08/2021  
Nom et prénom du malade : ZAHIDY Bouabid Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Rhume  
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 : Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19/08/2021

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 Règlement des Actes  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 19/08/21        |                   |                       | 223.00                          | CABINET MEDICAL<br>Dr. OUKHAYFI HAFID<br>Dr. d'Etat en Médecine Générale<br>58, Bd. d'Alsace Casablanca<br>Tél. : 05 22 70 26 23 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie REGALE  
TAZ  
80, P. Liberté  
Casablanca  
Tél. 0522 51 33 94

19/08/2021

223.00

# 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 des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

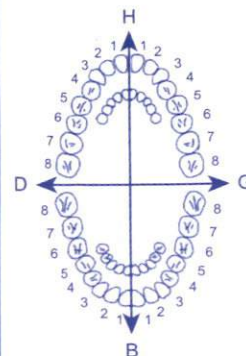
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



# O.D.F

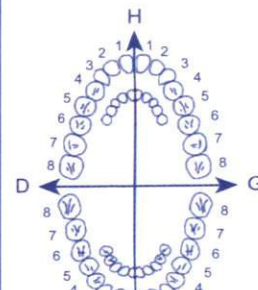
# PROTHESES DENTAIRES

# 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

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

**Dr. Hafid OUKHLIFT**

Ex. MEDECIN CHEF DES F.A.R  
ECHOGRAPHIE  
ECG

**الدكتور حفيظ أوخليف**

طبيب رئيس سابقا بالقوات المسلحة الملكية  
الكشف بالصدى (إكوغرافي)  
تخطيط القلب

Pharmacie REGIONALE  
TAZI Adnane  
80, Bd. de la Liberté  
Casablanca  
Tél.: 0522 31 33 94

Casablanca, le

19/08/2023

7.212194 B... ANP 092050244

32. → (S.V)  
- chlor...  
...  
...  
...

19.30 → (S.V)  
- ...  
...  
...

16. → (S.V)  
- ...  
...  
...

15.70 → (S.V)  
- ...  
...  
...

70.00 → (S.V)  
- ...  
...

223.00

CABINET MEDICAL  
Dr. OUKHLIFT HAFID  
Dr. d'Etat en Médecine Générale  
58, Bd. d'Alsace  
Tél.: 05 22 30 26 23



# Clartec®

LOT : 6602  
UT. AV : 02-24  
P.P.V : 32 DH 00

**10 mg**

15 comprimés

Médicament Antiallergique

# Toux sèches et irritatives

Oxomémazine 0,33 mg/ml

# Toplexil®

## احتياطات خاصة للحفظ:

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية بعيدا عن الضوء.

يحفظ لمدة 6 أشهر على الأكثر بعد فتح القارورة لأول مرة. يجب حفظ الدواء في القارورة الأصلية.

يحفظ بعيدا عن مرأى و متناول الأطفال.

## تعليمات الاستعمال:

يجب قراءة هذه النشرة بتمعن قبل الإستعمال.

PER.: 09 2022

LOT : 20E056

TOPLEXIL  
SIROP FL 150 ML

P.P.V : 15DH70



Médicament non soumis à prescription médicale.

يصرف هذا الدواء بدون وصفة طبية.



### Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,  
Aïn Sebaâ, Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

### Nom et adresse du fabricant :

Maphar. Km 10, Route côtière 111, QI-Zenata,  
Aïn Sebaâ, Casablanca.



**COMPOSITION :**

Terbinafine (DCI) chlorhydrate.....300 mg

Excipients : q.s.p.....30 g

**Excipient à effet notoire :** Propylène glycol,  
alcool cétylostéarylique

LOT : 190924  
PER : 05-21  
PPV : 70,00DH



**COOPER**  
PHARMA

41, Rue Med Diouri. 20 110 Casablanca  
Amina DAOUDI : Pharmacien responsable  
Fabriqué par : Cooper pharma

**COOPER**  
PHARMA



30g

Crème

|   |                                |                               |                               |
|---|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> DUREE | <input type="checkbox"/> MATIN | <input type="checkbox"/> MIDI | <input type="checkbox"/> SOIR |
|---|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|

**TERBINA**  
Terbinafine<sup>®</sup>

Voie cutanée  
**1%**

# Otrivine

1‰

Décongestionnant  
de la muqueuse  
nasale

---



## Nébuliseur

---

Solution 10 ml



LOT : M0691  
EXP : AUT 2023  
PPV : 19,30 DH

