

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

rmacie :
Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :
L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :
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.

ntaire :
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.

ladie 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.



Déclaration de Maladie
N° M21- 0036389

85752

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6371 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : MUPRAS RECEPTION 9

Nom & Prénom : SABRI Mohamed

Date de naissance : 11/11/1960

Adresse : NC 322 lot 12 WAFAE H. Teroua

Tél. : 06 02 561581 Total des frais engagés : 851,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Signature]

Date de consultation : 13/09/2021

Nom et prénom du malade : SABRI ASMAA Age: 60

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : 27 SEP 2021

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 : Teroua Le : 13/09/21

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
13/09	C		159,00	
20-21				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/09/11	72,80
	15-09-11	628,80

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	

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

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Dr Hamza JAMI

OMNIPRATICIEN

lauréat de la faculté de médecine
et de pharmacie Casablanca.
Ancien medecin interne
au CHP Ben M'sik.



الدكتور حمزة جامي

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة الدار البيضاء

طبيب داخلي سابق

بالمركز الإستشفائي بن امسيك

Deroua le : 13/09/2021 الدروة في

SABR AGAMAA

1 Ixart 20,
28.01 - 01 - 01
2 Sulpidel 50.

4h, 60
31 Duphaston cp
1 cp du 16 - 25 jour
pdt 3 cycles

250 الطابق الأول جزمة الوحدة 2 أمام مختبر التحليلات الدروة

252 1er étage, lot ALWAHDA 2 en face du labo d'analyses médicales Deroua.

الهاتف : 0522 036 000

28,20

PPV
LOT
PER

maphar

Km 10, route côtière 111, Quartier industriel
Zenata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc
DUPHASTON 10MG CP PEL B10 PPV : 44DH60

6 118000 010500

1125511

Dr Hamza JAMI
OMNIPRATICIEN

lauréat de la faculté de médecine
et de pharmacie Casablanca.
Ancien medecin interne
au CHP Ben M'sik.



الدكتور حمزة جامي
الطب العام
خريج كلية الطب والصيدلة الدار البيضاء
طبيب داخلي سابق
بالمركز الإستشفائي بن امسيك

الدعوة في : Deroua le 15/09/2017

SARM
AGMAD

- 1, Clarif 500. 1 cp x 2j. 160.00 x 2
 - 2, Flagyl 500mg 2 cp x 4j. 49.80 10 jours
 - 3, Imesol 400mg 1 gel li. 60.00 x 2
 - 4, enterosjel 100mg A. 139.00
 - * Imesolomp 1 gel li. 1 cp x 2j
- 628,80

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.I.
Ain Sebaa 20250 - Casablanca
ENTEROGERMINA SUSP OR FL5ML B10
P.P.V. : 60DH00
6 118001 081653

6 118000 060062
P.P.V. : 40DH00
CP PEL B20
FLAGYL 500 mg
LOT : 21E002
PER : 01/2026

6 118000 191001
Clarithromycine 500 mg
Boîte de 14 comprimés
P.P.V. : 160,00 DH
CLARIL®
73X00X20

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.I.
Ain Sebaa 20250 - Casablanca
ENTEROGERMINA SUSP OR FL5ML B10
P.P.V. : 60DH00

6 118001 100811

6 118000 191001
Clarithromycine 500 mg
Boîte de 14 comprimés
P.P.V. : 160,00 DH
CLARIL®

LOT: M0393
PER: 07/2022
PPU: 139,00 DH