

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS.

Prescriptions 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 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.

Adresses Mails utiles



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0037211

88136

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3082 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HATTAB EL IBRAHIMI Fatima

Date de naissance : 30/11/1960

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/08/2021

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Epilepsie

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) :



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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

31-08-2019

30000

Dr. A. EL KADRY
Résidence El Fakhri
59, Bd. Zerkouri - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie HAY BOU
D. Boudegh
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 05 22 22 22

01/08/2019

496,20

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

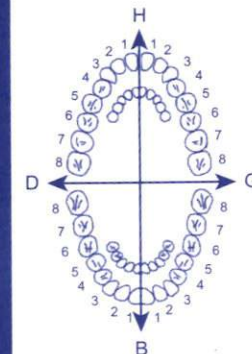
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

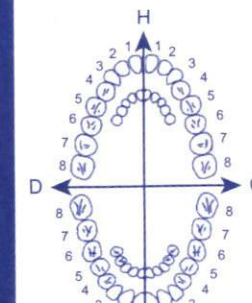
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS



Dr. EL KHALIDY A. FARID
NEUROLOGUE

Ancien Maître Assistant
au CHU Ibn Rochd - Casablanca

“ Résidence les Fleurs “
59. Bd. Zerktouni - CASABLANCA

Tél. { 05 22 20 19 63
05 22 27 91 37

Casablanca, le : 31.08.2021

الدكتور الخالدي احمد فريد

اختصاصي في امراض الجهاز العصبي والعضلات

أستاذ مساعد سابقا بالمركز الصحي الجامعي
ابن رشد بالبيضاء

« إقامة الزهور »

59. شارع الزرقتوني - الدار البيضاء

الهاتف { 05 22 20 19 63
05 22 27 91 37

Dr. El Khalidy
59 Bd. Zerktouni
Casablanca

82,70 x 6

Tegul 40 (S.V)

$1\frac{1}{2} \times 2 \times 1$

(2) Ursay
15 m

T = 496,20

on 4 on

Dr. A. EL KHALIDY
NEUROLOGUE
Résidence Les Fleurs -
59. Bd. Zerktouni - Casa

Dr. N. Bouchra
44, Lottess
Sidi Maatouf
05 22 58 19 40

6 118001 030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé
pelliculé sécable

NOVARTIS
PPV : 82,70 DH

6 118001 030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé
pelliculé sécable

NOVARTIS
PPV : 82,70 DH

6 118001 030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé
pelliculé sécable
PPV : 93,00 DH

6 118001 030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé

NOVARTIS
PPV : 82,70 DH

6 118001 030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé
pelliculé sécable
PPV : 93,00 DH

6 118001 030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé
pelliculé sécable

NOVARTIS
PPV : 82,70 DH

6 118001 030347

○ TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé
pelliculé sécable

NOVARTIS
PPV : 82,70 DH