

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

## ditions 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.

## 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.

## ique :

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

## éducation :

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 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 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- 0050553

95344

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09342

Société : R.A.M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Khabbar Abdemasser

Date de naissance : 14-04-1971

Adresse : lot Nassim bat 168 n° 13 Casablanca

Tél : 0619749020

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17 SEPT 2021

Nom et prénom du malade : Khabbar Hajar

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

affection longue durée

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 : casa

Le : 17 SEPT 2021

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| SEPT 2021       | C.S.              |                       | Gnatant                         |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                          | Date     | Montant de la Facture |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Pharmacie du Poudouy<br>N° 2<br>May 1551m<br>Casabianca<br>Tel : 05 82 89 68 69 | 17/09/21 | 464,20                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

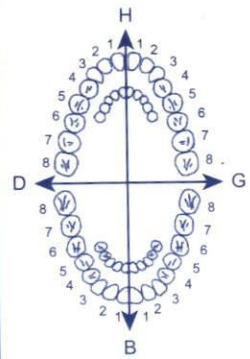
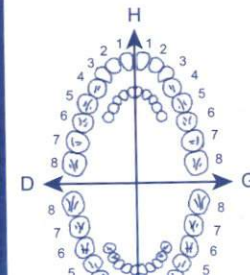
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|     | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> |                  | H                  | H                       | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  | Coefficient des Travaux |
|                                                                                          | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | H                |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                                                                                          | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 21433552         |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                                                                                          | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 00000000         |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                                                                                          | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | G                |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
| 00000000                                                                                 | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
| 35533411                                                                                 | 11433553                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
| B                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
| (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  | Montants des Soins |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  | DATE DU DEVIS      |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |



73,40

GlaxoSmithKline Ma  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV:115,00 D

5 118001 14226

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 115,00 DH

6 118001 142262

8 032578 476033

- **Diplômée en nutrition pédiatrique de Boston University School of Medicine, USA**
- **Diplômée en dermatologie pédiatrique de l'université de Nantes, France**

$$\hat{A} = 16.2 \text{ m}$$

$P_2 = 54.2 \text{ kg}$

Casablanca, le 17 SEPT 2021 الدار البيضاء في

Khairan Hayan

79.50

5) Candidax gel

2) 36,00 1 biletta iukhu x mycotydrali

3) 11500 x 2 Lapp x 213 spray nasal

02 pulv / naire 1J  
02 pulv / naire 1J/2  
02 pulv / naire x 2/1 sem pol

④  $\frac{\text{Erlus} \text{ Sup } p}{73,40 \text{ 1 p le sac}}$   $\frac{\text{polt}}{147}$   $\frac{1 p}{1 p}$

5) 45,80 et au besoin  
verbale spray  
03 kmffees x 3 17

38, Centre Commercial Lina - Sidi Maarouf - Casablanca 20280 الدار البيضاء - سیدی معروف - لینا  
Tel. : 0522.780.780 - Urgences / المستعجلات : 06.61.06.07.38  
E-mail : drfayrouzjamaoui@gmail.com