

## 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.

### Radiologie 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

## Déclaration de Maladie

N° W21-777463



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

FILLE: 004030433

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9619

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GRINE Abdellatif

Date de naissance :

08/03/1962

Adresse :

Resd Golf 554 KENITRA

Tél. 06651220 88

Total des frais engagés : 314 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Docteur TRIQUI Abdellatif

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Chirurgie Arthroscopique

13, Rue Al Achour, App N°5, 2ème étage - AGDA - RAM

En Face de l'hôtel Ourida

Télé: 0537 77 40 50

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE 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
2003-2004	Q		300 DH	INPI : 0110913 Docteur HASSAN ABBELLATIF Chirurgie Orthopédique et Traumatologique Chirurgie Arthroscopique 13, Rue Al Achaari, App N°5, 2ème étage -AGDAL - F

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Jacie BELL Audience Bell 1-05-373 00223888100000 052097619	25.12.22	14.00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **RELEVE 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 de l'ODDF.

# Docteur TRIQUI Abdellatif

## • Chirurgie orthopédique et traumatologique

Diplômé de la faculté de médecine de Rabat

Ancien attaché au Centre hospitalier Ibn Sina

Ancien Chef de service des hôpitaux de Beni mellal et Oujda

## • Chirurgie Arthroscopique

Diplômé de la faculté de médecine de Rennes

Membre de la société francophone d'arthroscopie



Rabat le : ..... 21 DEC. 2022 ..... الرباط في:

# دكتور التريكي عبد اللطيف

## • اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بالرباط

ملحق سابق بمستشفى ابن سينا

رئيس مصلحة سابق بمستشفى بنى ملال و وجدة

## • اختصاصي في جراحة المفاصل بالمنظار

خريج كلية ران

عضو الجمعية الفرانكوفونية

M<sup>2</sup> ACHTAFF OUDWI

134.00

1

ARIXIB 60 my

f

173

effay

deux effay

144.00

4

Doliprane 1pp

f

173

effay

f



Dr. TRIQUI Abdellatif  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Chirurgie Arthroscopique  
3, Rue Al Achaari, App N°6, 2ème étage -AGDAL  
En Face de l'hôtel Ourida  
Tél: 0537 77 40 50 - Fax: 0537 77 75 71 - GSM: 0661 19 93 60

