

# 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.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèse.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et A

- La déclaration de maladie chronique doit être faite dans les 6 mois.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0044616

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07739 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FADIL Mohamed

Date de naissance : 14-10-1986

Adresse : Hab. Fuelle

Tél. : 0604331303 Total des frais engagés : 707,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/02/2023

Nom et prénom du malade : FADIL Mohamed Age :

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

Nature de la maladie : Lymphome du testicule

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Casablanca Le : 24/02/2023

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
24/02/2023	25		400 D.11	
09/02/2023	19		600 D.11	

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Date	Montant de la Facture
09/03/2013	707,60

[illegible][illegible][illegible][illegible]

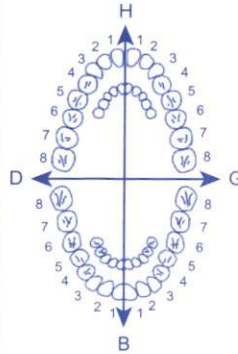
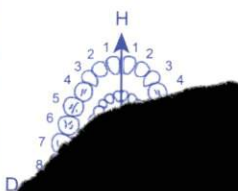
**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

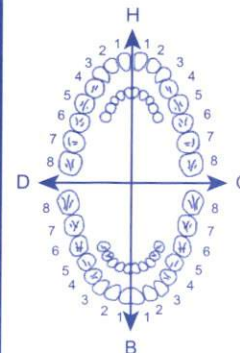
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient									
						COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>							
							MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>						
							DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>						
							FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	H													
25533412	21433552													
00000000	00000000													
B														
<table><tr><th colspan="2">G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table>				G		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>			
G														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
[Signature area with text: (mont, adjonction) ... à la profession]						DATE DU	<input type="text"/>							



# ORDONNANCE

Casablanca, le : 09/03/2023

## Identité :

M. Mohamed FADIL

DDN : 14.10.1956



M. 07739

LOT 221855  
EXP 12/2027  
PPV 45.20DH

LOT 221855  
EXP 12/2027  
PPV 45.20DH

LOT 221855  
EXP 12/2027  
PPV 45.20DH

LOT: 211542  
PER: 05-2024  
PPV: 140/00DH

LOT 22010  
PER 07/25  
PPV 432DH 00

Valex 500mg 1cpx2/j pendant 1 mois  
Oedes 20mg 1cp/j pendant 1 mois grande boite  
Glucophage 850 1cp x3/j pendant 3 mois

Dr Jalil BENNANI

Spécialiste en Hématologie Clinique  
DES en Cancérologie  
AFSA en Hématologie

Diplômé de l'Université Libre de  
Bruxelles

Ancien assistant à l'Institut Jules Bordet  
- Bruxelles

Ancien chef de clinique à l'Institut  
Gustave Roussy - Villejuif

Ancien Interne des Hôpitaux Saint-Louis  
et Hôtel Dieu - Paris

Adresse : CENTRE ABDELMOUMEN  
Angle Bvds Abdelmoumen et Anoual  
20360 Casablanca - Maroc

Tel : +212 (0) 522 864 666  
+212 (0) 696 626 504  
Fax : +212 (0) 522 865 938  
Email : j.bennani@gmail.com

