

# 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.

## Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

Le compte rendu des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la Mutuelle.

Les analyses ou radios peuvent être demandés par le médecin conseil de la Mutuelle. Les analyses ou radios doivent être effectués par un laboratoire agréé par la Mutuelle. Les analyses ou radios doivent être effectués par un laboratoire agréé par la Mutuelle.

Les analyses ou radios doivent être effectués par un laboratoire agréé par la Mutuelle. Les analyses ou radios doivent être effectués par un laboratoire agréé par la Mutuelle.

Les analyses ou radios doivent être effectués par un laboratoire agréé par la Mutuelle. Les analyses ou radios doivent être effectués par un laboratoire agréé par la Mutuelle.

Les analyses ou radios doivent être effectués par un laboratoire agréé par la Mutuelle. Les analyses ou radios doivent être effectués par un laboratoire agréé par la Mutuelle.

Les analyses ou radios doivent être effectués par un laboratoire agréé par la Mutuelle. Les analyses ou radios doivent être effectués par un laboratoire agréé par la Mutuelle.

Les analyses ou radios doivent être effectués par un laboratoire agréé par la Mutuelle. Les analyses ou radios doivent être effectués par un laboratoire agréé par la Mutuelle.

Les analyses ou radios doivent être effectués par un laboratoire agréé par la Mutuelle. Les analyses ou radios doivent être effectués par un laboratoire agréé par la Mutuelle.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0039116

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14 89 Société : 163793

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Moutari Moulana

Date de naissance : 1950

Adresse : 0604 13 2430

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALD 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 :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

**PHARMACIE ABOU ZAID**  
S.A.R.L.  
Boulevard N°04, Massira 2, Bouhazal  
Casablanca  
Tél 0522 71 30 79 Fax 0522 71 30 79  
**INPE 092001197**

03/06/2023

418,00

### 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

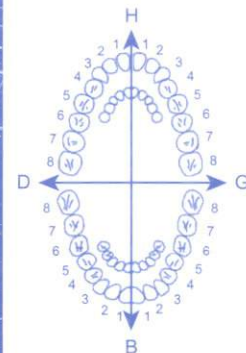
Nature des  
Soins

Coefficient

Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION



Le 03/06/2023

M. Mostafa Benford

418,00

Claviscan 16 ml



 **RADIOLOGIE ANOUAL 111**  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
ICE: 00161 08 60 00058  
111, Bd Anoual  
Tel: 05 22 86 09 99 - Gsm: 06 63 57 42 60

**PHARMACIE ABDO ZAID**  
S.A.R.L.  
Rue 36 N°04, Massira 2, Bournazel  
Casablanca  
el 0522 70 22 84 Fax 0522 71 30 79

**INPE**  
**092001197**



2

Boîte de 1 flacon de 15 mL.  
A usage unique.  
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants. Lire la notice avant utilisation.  
Reporter le nom du produit, le numéro du lot et la dose administrée dans le dossier du patient.

**Respecter les doses prescrites.**  
Lister - Uniquement sur ordonnance

Distribué par  
CYCLOPHARMA lot 84,  
Z.I. Ouled Soleh  
Bouckour-Nouaceur  
N° AMM: 162/19/DMP/2/L

GE Healthcare

**Clariscan™**  
acide gadotérique  
0.5 mmol/mL

**Solution injectable**  
1 x 15 mL

Produit de contraste  
pour l'IRM  
Administration  
par voie intraveineuse

Titulaire/Exploitant:  
GE Healthcare AS  
Mycoveien 1  
0485 Oslo, Norvège

1196721



**Clariscan™ 0.5 mmol/mL**  
acide gadotérique

Chaque mL contient 279,3 mg d'acide gadotérique, équivalent à 0,5 mmol.

15 mL contiennent 4289,8 mg d'acide gadotérique sous forme de sel de mégumine, équivalent à 0,75 mmol.  
Excipients : Mégumine, tétraxétol (DOTA), eau p.p.l.

7 037960 644169



EXP : 10-2024  
Lot n° : 16164035  
1199457 MAR

