

# 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 du praticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Reéducation :

- Une étable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.
- 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.



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

**Déclaration de Maladie**  
**M23-005995**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

|                                |                                       |   |                                      |
|--------------------------------|---------------------------------------|---|--------------------------------------|
| Matricule :                    | 9588                                  | Société :                                   | R.A.M                                |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input checked="" type="checkbox"/> Autre : | Retraité                             |
| Nom & Prénom :                 |                                       | CHYATE Noha oual                            |                                      |
| Date de naissance :            |                                       | 1956  |                                      |
| Adresse :                      |                                       | HABITUELLE                                  |                                      |
| Tél :                          |                                       | 06 68 61 55 72                              | Total des frais engagés : 126150 Dhs |

Cadre réservé au Médecin

|  |                                    |                                   |                                 |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cachet du médecin :                                      | Docteur HACHIMI Chyate N. Mohammed |                                   |                                 |
| Date de consultation :                                   | 20/02/2019                         | Nom et prénom du malade :         | Chyate N. Mohammed              |
| Lien de parenté :  | <input type="checkbox"/> Lui-même  | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie :                                   | Diabète / hypertension / obésité   |                                   |                                 |
| Affection longue durée ou chronique :                    | <input type="checkbox"/> ALD       | <input type="checkbox"/> 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 : 06/03/2019

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------------|--|
| 20/01/2024      | Q2                | docteur               | Docteur<br>149 Bd<br>2025 52 63 88 00 | Signature  |

**RES**

Cachet et signature du Médecin  
attestant le Paiement des Actes

**Docteur**  
149, Bd  
Tef...  
05 56 63 14 95  
08 94 12 14 95  
08 94 12 14 95  
**Docteur Hervé**

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

| EXÉCUTION DES ORDONNANCES                 |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|   | 06/05/54 | 1061,50               |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H  |          |
|----|----------|
| 12 | 21433552 |
| 00 | 00000000 |
| 00 | 00000000 |
| 11 | 11433553 |

### **Création, remont, adjonction)**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



Médecine Générale-Diabétologie

Hypertension - Nutrition

Gynécologie obstétrique

Médecine de Sport

Echographie - ECG

الدكتورة سومية هاشمي السلاوي

طبيبة سابقا بمستشفى محمد بولافي

الطب العام - داء السكري - أمراض الضغط

التغذية - أمراض النساء ومتابعة الحمل

الطب الرياضي - الفحص بالصدى

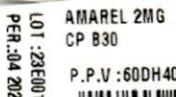
الخطيط الكهربائي للقلب

## ORDONNANCE

Casablanca, le :

06/03/2024 الدار البيضاء، في

Cherche Dohamed



25,10

25,10

25,10

25,10

Docteur HACHIMI SLAOUI  
149, Bd Ali Yaata Casablanca  
Tél : 05 22 63 08 08

149، زاوية شارع علي بن ابي طالب و زنقة بيطار الحي المحمدى - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 63 08 08

149, Angle Bd.Ali Yaata et Rue Ibn Baytar - Hay Mohammadi - Casablanca - Tél.: 05 22 63 08 08

121,40 X3

- Un mois + 3 mois

LOT 231240  
EXP 03/2025  
PPV 121.40D

T 230652  
P 12/2024  
V 121.40DH

LOT 231387  
EXP 04/2025  
PPV 121.40DH

le mois + 3 mois

- 2x Tangail les 2 fois

5/6/10

Maphar  
Bd Alkimiia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tangail 500mg cp b30  
P.P.V : 50,10 DH  
6 118001 183340



Docteur HACHIM SIDI BERNOUSSI  
149, Bd Alkimiia Casablanca  
Télé: 05 21 63 03

Docteur HACHIM SIDI BERNOUSSI  
149, Bd Alkimiia Casablanca  
Télé: 05 21 63 03

Maphar  
Bd Alkimiia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tangail 500mg cp b30  
P.P.V : 50,10 DH

6 118001 183340

LX  
7/15

Ajxx de

lhd

✓ ✓ + ✓

PPV: 79DH70  
PER: 06/26  
LOT: M2220

PPV: 79DH70  
PER: 09/26  
LOT: M3090

Docteur HACHIM SIDI BERNOUSSI  
149, Bd Alkimiia Casablanca  
Télé: 05 21 63 03

T = 1061,2

HM Casablanca  
39, Rue Driss El Moutawakel  
Bab Al Makhzen  
PHARMACIE D'ALQUOIER