

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.
 - les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur.

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 ALSC

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.



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

Déclaration de Maladie

W21-841319

| | | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent [e] | | | |
| Matricule : <u>12837</u> | Société : <u>DAM</u> | <u>201817</u> | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : <u>D.G.HAY Hicham</u> | | | |
| Date de naissance : <u>10.02.1987</u> | | | |
| Adresse : <u>Dy. an Essalem, résidence DARIS... im 36, n. 12... Ain Selman</u> | | | |
| Tél. : <u>0666 815 849</u> | Total des frais engagés : | <u>490,40</u> | Dhs |

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

| | | |
|---|---|---------|
| Cadre réservé au Médecin |  | |
| Cachet du médecin : | | |
| Date de consultation : | 06 / 04 / 2024 | |
| Nom et prénom du malade : | DG / HAY / KENZA | Age : 8 |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | |
| Nature de la maladie : | Affekt. ORL. | |
| Affection longue durée ou chronique : | <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie ORL et chirurgie cco. co-facial Chabab C2A, Bd. M. Ben Badis Casab Téléphone 06 22 73 34 12 | |
| 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 : Carablanca

Signature de l'adhérent(e)

Le : 06.04.2024



VOLET ADHEREN

RELEVE DES MARS 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06/04/24. | | | C2C/s 1 3000 | DRB Dr Belliaut ORL et chirurgie cervico faciale C2A,BD M. Lemaire APR N. Sain Sotin C2A 05 22 73 34 12 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 06/04/29 | 190,40 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

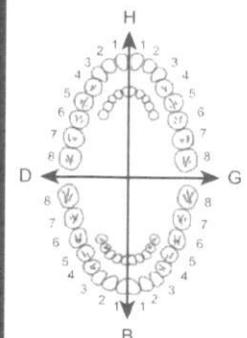
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

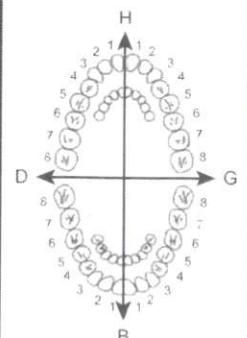
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

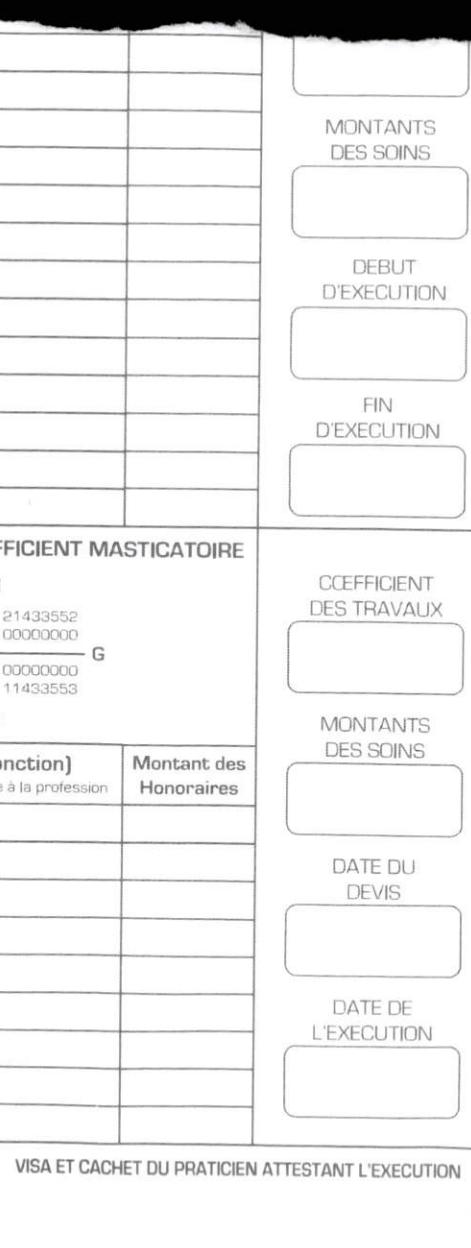
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS



Dr. Loubna BELFAQUIR

- Spécialité en ORL (oto-rhino Laryngologie) et chirurgie cervico-faciale
- Surdité, acouphène, vertige
- Allergie ORL et ronflement
- Pathologie de la voix
- Ex. medecin à l'hôpital 20 Août à Casablanca

Enfants et adultes



الدكتورة لبنى بالفقيه

- أخصائية في أمراض وجراحة الأذن والأنف والحنجرة
- وجراحة الوجه والعنق
- تشخيص وعلاج اضطراب السمع، طنين الأذن، الدوخة
- علاج الحساسية والشخير
- اضطراب الصوت
- طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

للسغار والكبار

Casablanca, le :

06 / 04 / 24

5



Sinomarin Nose Care

Children 100ml

prix conseillé : 100 dh

100,00

① Sinomarin

Kenz

72,20

100'v x 41.

LOT : 23099

PPV : 72 DH 70

PER : 09/26

② Ecoclav 500mg

17,70

15 x 21

ECOCLEVA[®] 500 mg/62,5 mg
Amoxicilline et Acide clavulannique
18 sachets

ECOCLEVA[®] 500 mg/62,5 mg

Amoxicilline et Acide clavulannique

18 sachets

PROMOPHARM S.A.

6 118000 242291

③ Nurodol

100p

x 31.

Nurodol
enfants & nourrissons
Flacon 200ml

6 118000 180715

Dr. Loubna BELFAQUIR