

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



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

## 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 rééductions.
  - 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.

## Déclaration de Maladie : N° S19-0003241

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>105215</b>	Société : <b>RAM</b>	Autre : ..... Dhs	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : ..... Date de naissance <b>13/10/1990</b>	
Nom & Prénom : <b>EL GSSIER Hajar</b>		Adresse : <b>Bd Adelmeunen FmmB Apart 18, Mohammadia</b>	
Tél. : <b>06.00.628192</b>		Total des frais engagés : ..... Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : <b>16/10/2012</b>	Age : <b>31</b>
Nom et prénom du malade : <b>EL GSSIER Hajar</b>	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : <b>Asthma - Coni cogitis</b>	
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'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.	
Fait à : <b>Casablanca</b> / <b>02 / 2012</b>	
Signature de l'adhérent(e) : <b>V. Hajar</b>	

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° <b>S19- 0003241</b>	Matricule : .....
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
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.	
<b>MUPRAS</b> : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
4/6/2022	C	1	200,00	Afif ABBOUD Médecin généraliste Géphat Park, B Imm. D, N° 45, Mohammédia Tél: 05 23 27 18 99

### 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coeficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Angle Boulevard et Rue Rif - Mohammédia Tél: 05 23 32 05 68	16/02/2022	283,40

### ANALYSES - RADIOPHYSIES

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	
	AM	PC	IM	IV
KINÉ PARC Afaf ABBOUD Kinésithérapeute - Physiothérapeute KINÉ PARC CENTER Imm. B - Avenue El-Haj Bureau 25 - Parc de Mohammédia	06/02/2022	20 séances	70,70	
Tel : 06 66 90 54 02			200,00	

VOLET ADHERENT

1180

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

### 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coeficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

### COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION

### ODF DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

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

MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  
 VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# **Dr. Soaad Aït Seddik**

- Diplôme en médecine générale de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat
- Diplôme universitaire en nutrition et diététique de l'université de Versailles
- Diplôme universitaire en prévention du vieillissement pathologique de l'université Paris XI

**د. سعاد أيت الصديق**

دكتورة في الطب العام من كلية الطب  
و الصيدلة من جامعة الرباط  
دبلوم جامعي في التغذية و الحمية  
من جامعة فرساي  
دبلوم جامعي في الوقاية من أمراض  
الشيخوخة من جامعة باريس XI

## **ORDONNANCE**

**Nom :** Mme El Gssier Hajar

**Date :** 16/02/2022

Faire SVP :

10 séances de kinésithérapie pour cervicalgies et lombalgie chroniques

**Dr. AIT SEDDIK Soaad**

Médecin généraliste

Central Park, BD Abde... Immeuble

Imm. D, N° 45, Mohammedia

Tél: 05 23 27 18 99

ICE : 002261665000037



061163382



---

Central Park, BD Abde... Immeuble D, N 45, 6ème étage, Mohammedia  
ستراك بارك، شارع عبد المؤمن، عمارة د، رقم 45، الطابق السادس، المحمدية

Email: soaad@draitseddik.ma Tél: 05 23 27 18 99

## DEVIS

Date devis : 16/02/2022

Nom & Prénom du patient : Mme EL GSSIER Hajar

Médecin traitant : Dr Souad AIT SEDDIK

Rééducation	Nombre de séance	Prix de la séance en DHS	Total en DHS
Lombalgie-Cervicalgie	10	200	2000

**KINÉ PARC**  
**Afaf ABBOUD**  
Kinésithérapeute - Physiothérapeute  
Res. KAMAL PARK CENTER Imme. B - 4 ème Etage  
Bureau 25 - Parc de Mohammedia  
Tél. : 06 66 90 54 02

Résidence "kAMAL PARK CENTER" immeuble B, 4 ème étage, bureau 25. Parc Mohammedia.  
(à côté de l'hôtel NOVOTEL)

ICE : 001874884000007 - TP : 39400357 - IF : 20730330