

# 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 de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## 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.



MUPRAS  
RECEPTE

Déclaration de Maladie : N° P19- 0015086

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1770 Société : Retraite RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUGRIH Nad Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : HOTEL ANAF A H 256 DEROUA

Tél : 0663 78 2590 Total des frais engagés : 443,50 + 1 250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Gachet du médecin

Date de consultation : 18/03/2019

Nom et prénom du malade : BOUGRIH Mohamed

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : brulure

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 : DEROUA

Le 23/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

# 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
18-09-19	S	62	250 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

18/09/19

463,50

2016: 08 20 49 17 6

# 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 :

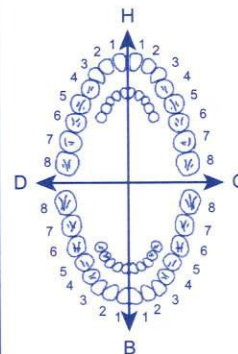
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

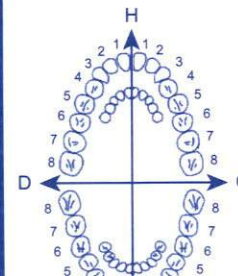
[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS



# عيادة طب وجراحة الكلي والمسالك البولية والتناسلية CABINET D'UROLOGIE

Docteur Brahim BASFAOU  
Chirurgien - Urologue

الدكتور إبراهيم بسفو  
اختصاصي في جراحة الكلي والمسالك  
البولية والتناسلية



Pharmacie PRINCIPALE DEROUA  
sarl au

Bloc U N° 1 Deroua  
Tél: 05 22 53 20 83  
Le : 18 SEPT 2019

فحص وجراحة المسالك  
البولية عبر المنظار  
تقنيات بدون جراحة لحصى  
الكليتين والمسالك البولية  
العقم والعجز الجنسي  
عند الرجال  
الأمراض التناسلية  
الختان والتبول اللاإرادي  
عند الأطفال  
الفحص بالصدى

Chirurgie et endoscopie  
des reins et des voies  
genito-urinaires

Echographie Urologique,  
lithotritie  
extracorporelle

Stérilité masculine  
impuissance sexuelle

Maladies sexuellement  
transmissibles

Circoncision  
énurésie chez l'enfant

BuGRIN mhow d

42.60 7012 21

269.00 CateX 500

lip x  
mli

869.00 Recipe 20

45.00 1 ep 1/2

Dr. Brahim BASFAOU  
Chirurgien Urologue  
Angle Bd. Mohammed V et  
Bd Hassane Bnou Tabit - Berrechid  
Tél: 05 22 32 75 75

42.60  
PEV 420/H60  
PER 01/22  
LOT 1215

mg  
1090 EXP 12/21  
PV 269DH00  
CATEX® 500 mg  
20 comprimés pelliculés  
6 118000 071334

PPV : 86DH90

GTIN: 16 18001300713  
Lot: 3978236  
EXP: 09/2020  
S.N.: 66ICEV8B4A7DE0

NO - SPA FORTE 80MG  
CP B20  
P.P.V.: 45DH00  
LOT : 6MA063  
PER: 10 2021  
6 118000 061816

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA  
sarl au  
Bloc U N° 1 Deroua  
Tél: 05 22 53 20 83

زاوية شارع محمد الخامس وشارع حسان بن ثابت (قرب مسجد الزهراء) - برشيد - الهاتف : 05 22 32 75 75  
Angle Bd Med V et Bd Hassane Bnou Tabit (Près mosquée Zahra) - Berrechid - Tél : 05 22 32 75 75