

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 facturé 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.

Maladie chronique :

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 ALG :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



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

Déclaration de Maladie

N° M20- 0007836

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3351 Société : RHM 51722

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JALAL Abd el habib

Date de naissance : 01/10/1960

Adresse : Boucheulouf rue 59 n°55 Casa MAR

Tél. : 2608158914 Total des frais engagés : 166,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : M. JALAL Issaoui Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casa Le : 14/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
14/12/2020			10087	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PUISSANCE PHARMA Angle Place et Rue Sidi Maarouf Casablanca - Tél: 0522 28 05 88 Tél: 346472771 - IF: 14447437 TP: 346472771 - RC: 2856437 CNSS: 9318058 - ICE: 000189678000003	14/12/2020	1030

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

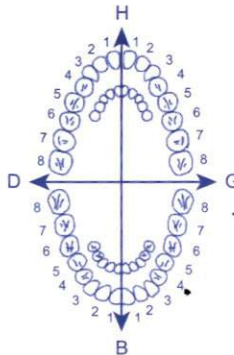
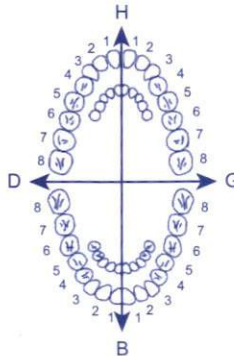
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan

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 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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'EXECUT

DOCTEUR BENTABBAA ABDERRAZZAK

الدكتور بنتباع عبد الرزاق

Médecine générale

40, Angle Beni M'Guild

Rue Chiadma - Hay Laâyoune

Casablanca - Tel : 06 68 38 14 22

الطب العام

40, زاوية بني مكيلد، رنقة الشياظمة

حي العيون

الدار البيضاء الهاتف : 06 68 38 14 22

CASABLANCA LE

14/12/2020

M^r Smail TALAL



1030 Doliprane 500 - 8
1 Cp 3x17 x 4

PHARMACIE
PUISSANCE PHARMA
Angle Place et Rue Sidi Maârouf
Casablanca - Tel : 0522 28 05 86
Tel : 46 97 27 71 - IF : 14447437
CNS : 9318058 - RC : 285647
ICE : 000189678000003

DR. BENTABBAA
40, Angle Beni M'Guild
Rue Chiadma - Hay Laâyoune
Casablanca - Tel : 06 68 38 14 22

40, زاوية بني مكيلد، رنقة الشياظمة حي العيون الدار البيضاء - الهاتف : 06 68 38 14 22

40, Angle Beni M'Guild, Rue Chiadma - Hay Laâyoune



PPV:10DH30
PER:05/22
LOT:I1175

Dolipran

PARACETAMOL

50



Adulte et enfant
à partir de 27 kg

DOULEURS
FIEVRE

20

b
DUTU s.a
82, Allée des Capucins - 40100 St-Jean-de-Mont
S. B. 05.43.00.00.00
Pharmacie de l'Espérance

ATION :
ST. Un

de maux de tête, écoulements
reuses.
enfant à partir de 27 kg (soit environ à partir de 8 a