

# 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**

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

## Déclaration de Maladie

N° W19-537696

ND : 30466

Optique  Retraite  Autres

**ROYAL AIR MAROC**

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

**2529**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**EL JOURBAOUI MOHAMED**

Date de naissance :

**01-01-1952**

Adresse :

**RUE 25 N° 53 Bâtiment RAYMANI  
SIDI MOUHEN CASABLANCA**

Tél. :

**0653356937**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**DR. JADDAOUI MED AMINE  
MÉDECIN GÉNÉRALISÉ URGENTISTE  
88 RUE EL MADINA BERRECHID  
TEL 05 22 32 44 88**

Date de consultation :

**23/03/2020**

Nom et prénom du malade :

**EL JOURBAOUI MED**

Age : **68 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Bronchite @ ABR**

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 : **Berrechid**

Le : **23/03/2020**

Signature de 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 |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23/03/02        | CA               | 1                     | 120,00                          | INB 2001/0970  |
|                 |                  |                       |                                 | 23/03/02<br>MOMA BFM<br>TRAFALGAR<br>LILLE                     |
|                 |                  |                       |                                 | 23/03/02<br>MOMA BFM<br>TRAFALGAR<br>LILLE                     |
|                 |                  |                       |                                 | 23/03/02<br>MOMA BFM<br>TRAFALGAR<br>LILLE                     |

#### ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Pharmacie de MEDINET<br>Dr. HAI Yassir<br>86 Rue de Medina - Berrechid<br>+212 33 71 33 33<br>+212 0522 33 71 33 | 23/03/2022 | 1436,40               |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                   |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |   |  |   |
|------------------------------|---|------------------|-------------|--|---|----------|---|----------|---|----------|---|----------|---|----------|---|--|---|
|                              |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |   |  |   |
|                              |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |   |  |   |
|                              |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |   |  |   |
|                              |   |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |   |  |   |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | <p align="center"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="0"> <tr> <td align="center">H</td> <td align="center">21433552</td> </tr> <tr> <td align="center">D</td> <td align="center">00000000</td> </tr> <tr> <td align="center">B</td> <td align="center">00000000</td> </tr> <tr> <td align="center">H</td> <td align="center">35533411</td> </tr> <tr> <td align="center">D</td> <td align="center">11433553</td> </tr> <tr> <td align="center">B</td> <td></td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             |  | H | 21433552 | D | 00000000 | B | 00000000 | H | 35533411 | D | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| H                            | 21433552  |                  |             |  |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |   |  |   |
| D                            | 00000000  |                  |             |  |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |   |  |   |
| B                            | 00000000  |                  |             |  |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |   |  |   |
| H                            | 35533411  |                  |             |  |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |   |  |   |
| D                            | 11433553  |                  |             |  |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |   |  |   |
| B                            |   |                  |             |  |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |   |  |   |

**Dr. JADDAOUI Med Amine**

Diplômé de la faculté de médecine  
et de pharmacie de Casablanca

Ex Médecin interne au CHU Ibn Rochd  
Ex Médecin généraliste dans le groupe OCP



**الدكتور جاداوي محمد أمين**

خريج كلية الطب والصيدلة  
بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابق بالمركز الاستشفائي ابن رشد  
طبيب عام سابق بالمنتخب الشريف للفسوفيات

Berrechid, le : 23/03/2020 برشيد، في

**EL DOUR BAADI**

**AED**

1) levamox lg sachet S.V.

1240

1 - 0 - 1 dont 08g

2)

Doses q

d - d - 2

480

Xygal q

S.V.

3)

1 dont 100g

1520

O - O -

4)

Contiflo q

S.V.

2650

O - O - 0

4361,40

DR. JADDAOUI MED AMINE

88, Rue Elmada - Berrechid  
Tél.: 05 22 32 44 88 / GSM : 06 75 37 93 62

Pharmacie de MEDINE  
Dr. JADDAOUI  
N° 88 Rue de Medina - Berrechid  
Tél. 05 22 32 44 88  
NPE: 06202077133

88. زنقة المدينة - برشيد 88

Tél.: 05 22 32 44 88 / GSM : 06 75 37 93 62

لِيْفَا مُوكَس  
كِيس 16

1 غرام/125 مل

PPV 124DH00  
LOT 97045 40  
EXP 11/2021

LEVAMOX®  
Poudre pour suspension buvable en sachet-dose  
16 SACHETS  
1g/125 mg

LEVAMOX 1g/125 mg  
Poudre pour suspension  
buvable en sachet  
16 SACHETS

6 118000 032939

F 56384 E 160707

PPV:  
EXP:  
Lot N°:

47180

DASEN® 10 000 UI   
Serrapeptase  
40 Comprimés enrobés gastro-résistants

6 118000 181064

Xyzall 5 mg  
Dihlorhydrate de Lévocétirizine\*  
14 comprimés pelliculés Non mentheulés AAO  
6 118000 021582

LOT 07/98 1  
EXP 09/2023  
PPV 1520  
45 20  
~~XYZ~~  
Ucb

CONTIFLO® OD 0.4mg  
Boîte de 30 gélules à libération  
prolongée  
Voie orale  
6 118001 300556

CONTIFLO® OD  
30 gélules à libération prolongée  
Voie orale  
0.4 mg  
PPV: 109DH70

CONTIFLO® OD 0.4mg  
Boîte de 30 gélules à libération  
prolongée  
Voie orale  
6 118001 300556

CONTIFLO® OD  
30 gélules à libération prolongée  
Voie orale  
0.4 mg  
PPV: 109DH70

SUN  
PHARMACEUTICALS  
MONOPOLY

