

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.

Bééducation :

- 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.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
 - Prise en charge : pec@mupras.com
 - Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.



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

Déclaration de Maladie

Nº M21- 0010466

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>01295</u>	Société : <u>1345552</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>FARAS Jamil</u>			
Date de naissance : <u>01-01-1968</u>			
Adresse : <u>Dok Lamane Bloc M Bld M Boub. G.F</u>			
Tél. :	Total des frais engagés	Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	<u>Dr. Assermenté</u> <u>Dr. Lamane M. Bloc 2 Appt. 4</u> <u>doc.jamil@hotmail.fr</u> <u>GSM: 06 61 16 30 - Tél.: 05 22 62 70 69</u>		
Date de consultation :	<u>11/10/22</u>		
Nom et prénom du malade :	<u>FARAS N° 1</u>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Compagnon	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>L'absence avec Athén</u>		
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

RELEVE 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
11/10/22			150,-	<i>Docteur Jamil El Bouaoui Assermenté M. Bloc 211 Lampe: jamil@hotmail.fr doc.jamil@orange.fr 0661161620 - tel. 0522621159</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DU PARADIS Dr. BOUSTANE ZA Bloc 1 - N° 10 de Lamia Hay Mohammadi Casablanca Tél. 0522608071</i>	11/10/22	285,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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	Coefficient	Coefficient Des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient Des Travaux
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	
	(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

Docteur Jamil El Hayaoui

Ex. Médecin Chef des FAR

Omnipraticien

الدكتور جمیل الحیاوی

طبيب عسكري سابق

Ex. Médecin Directeur du BMH

طبيب مدير بحفظ الصحة سابق طبيب محلـ

Ex. Médecin des Polycliniques ONE

طبيب بعيادة الكهربائيـ سابق

Diabète - Traitement Douleurs

السكري - علاج الآلام

Circoncision des Enfants

ختانة الأطفال

Echographie - ECG

الفحص بالصدـى - تخطيط القـلب

Tél : 0522 62 70 69

الهاتف : 0522 62 70 69



091183491

Casablanca, le:

11/10/22

الدار البيضاء، في:

PHARMACIE DU PARADIS CASA
 Dr. BOUSTANE ZAKIA
 Bloc L - N°8 Dar Lamane
 Hay Mohammadi - Casablanca
 Tel: 05 22 60 80 71

17P =

Borb lubricat

98P =

1G x 3

Xenfortay 160

1G x 2

Meteo 8 mg

10P

Cal x 1

S

Shan Q.

088

Dr. Assermenté M. Bloc 2 Appt. 4
 Dar Lamane M. doc.jamil@hotmail.fr
 Gsm: 06 6 16 16 30 - Tel: 05 22 62 70 69

129P =

285P =

دار لمان م بلاكـ 2، شـقـة 4، الطـلاقـة (أمام صـيدـلـيـة الفـرـدوـس) الـحـيـ المـحـمـديـيـ الدـارـ الـبـيـضاـ

Dar Lamane M, Bloc 2, Appt 4, 1st Etage (en face Pharmacie Paradis) Hay Mohammadi - Casablanca

En cas d'Urgence : 0661 16 16 30 e-mail : doc.jamil@hotmail.fr 0661 16 16 30 في حالة الإستعجال

Lot n° / Batch n°

Date d'exp.

PPC 129,00 DH

SORBHEPATIC®

PPU 17DH00
EXP 10/2024
LOT 100577

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 05/2025
LOT 240374

METEOSPASMYL® B 20 caps molles

Alvérol® 10 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

LOT/Serial #: V0295

FAB / الإنتاج : 03-2022

03-2025

ت. إ. ص./EXP: