

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 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.

Éducation :

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 canaux, 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 canaux.

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° P19-0046890



Maladie



Dentaire



Optique



Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8669 Société : RAM



Actif



Pensionné(e)



Autre :

Nom & Prénom : TAWFIK Hicham

Date de naissance : 10/03/1972

Adresse : HAY EL ANBARIA J11 328 Parc ANN CHOK Casablanca

Tél. : 06 73 73 58 97 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/09/2019

Nom et prénom du malade : TAWFIK Hicham ABDERRAHMANE Age : 09.10.19

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

Nature de la maladie : EPILEPSIE

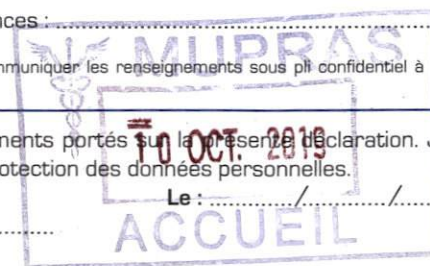
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

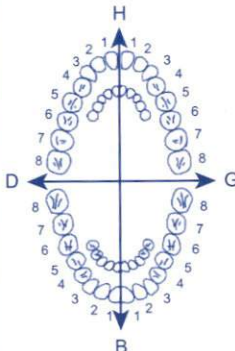
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien PHARMACIE TORDJMAN du fournisseur	Date	Montant de la Facture
14, place Lachambeaudie 75012 PARIS Tél. : 01 43 44 12 33 Fax : 01 43 47 30 55 75 2 03077 5	6/09/2019	(229,50) 229,50

[illegible][illegible]

PRELÈVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser l'acte traité, 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

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

Dr. BEN ITTO AFAF

Pédiatrie générale

Epilepsie, Vidéo EEG

Maladies métaboliques et génétiques

Maladies neuromusculaires

Troubles des apprentissages scolaires

Retard Mental

Autisme et Hyperactivité



د. عفاف بن يطو

طب الأطفال
مرض الصرع - التخطيط الكهربائي للدماغ
أمراض الاستقلاب الوراثية
أمراض الجهاز العضلي والعصبي
مشاكل التعلم الدراسي
التأخر الذهني
التوحد - فرط النشاط الحركي

ORDONNANCE

DATE : 22/08/19

AGE : 10 ANS 10 MOIS JOURS

NOM : Tawfik A. Benitmane

POIDS : 28 KG 350 GRAMMES

U-fur 8/10 est

2/- Schil 100mg

PHARMACIE DE L.
14, place Lach
75012 PARIS
752030775
Tel : 01434412
INSEE:
hotel pullman

QTE	DESIGNA
6	SABRIL 500M
1	SOL BUV SAC
1	Honor. disp
1	HOR
1	Honor. disp
1	HDE
MONTANT TOTAL	
MONTANT ANC :	
Ces montants s	
de la franchise	
sécurité sociale	

1 sachet Nohi

1 sachet sac

QSP

06/11/19

DR. AFAF BEN ITTO
Cabinet Casablanca de Pédiatrie et de Neuropédiatrie
Tél : 05 22 78 31 42 - E-mail : afaf.benitto@gmail.com

Résidence Ibn Rochd (En Face De La Porte Principale Du CHU Ibn Rochd), 4^{ème} Étage, N° 12, Quartier Des Hôpitaux - Casablanca

Tél. : 0522 278 392 / E-Mail : afaf.benitto@gmail.com

العنوان : رقم 12، الطابق 4، إقامة ابن رشد رقم 50، حي المستشفيات (قبالة الباب الرئيسي للمستشفى الجامعي ابن رشد - موريكو) الدار البيضاء

PHARMACIE DE LA PLACE

Tordjman PHARMACIE

14, place Lachambeaudie

75012 PARIS

Tel: 0143441233 Fax: 0143473055

pharmacie.tordjman@offisecure.com

N° SIRET: 35354285500021

Code NAF: 523A - FR22353542855

FRANCE

A. déposer

BON DE DUS No 863113

Le 06/09/2019 à 12h09

Patient: ZEMMAMA Fathkita

hotel pullman

75012 PARIS 12 EME

F8

ULCAR SUSP BUV SAC 30

3400933283919

1 x 12,30

Op. : 2 - M

(Payé)

PRIERE DE PRESENTER CE TICKET

A BIENTOT

MERCI POUR VOTRE VISITE

PHARMACIE DE LA PLACE
Tordjman PHARMACIE
14, place Lachambeaudie
75012 PARIS

Tel: 0143441233 Fax: 0143473055
pharmacie.tordjman@offisecure.com

N° SIRET: 35354285500021
Code NAF: 523A - FR22353542855
FRANCE

A depas

BON DE DUS No 863115

Le 06/09/2019 à 12h15

Patient: TAWFIN

hotel pullman
75012 PARIS 12 EME

(F8)

SABRIL 500MG PDR SOL BUV SAC60(529116)
3400933780647 5 x 45,90

Op. : 2 _ M

(Payé)

PRIERE DE PRESENTER CE TICKET
A BIENTOT
MERCI POUR VOTRE VISITE

PHARMACIE DE LA PLACE
Tordjman PHARMACIE
4, place Lachambeaudie
75012 PARIS

Tel: 0143441233 Fax: 0143473055
pharmacie.tordjman@offisecure.com
N° SIRET: 35354285500021
Code NAF: 523A - FR22353542855
FRANCE

Désignation	Code TVA	Qté	PU TTC	Montant TTC
-------------	-------------	-----	-----------	----------------

Patient: TAWFIN
Ordonnance 420996

3400933780647	4	5	44,88	224,40
SABRIL 500MG PDR SOL BUV SAC60(529116)
Du(s): 5x				

Honor. dispens. HD7	4	5	1,02	5,10
---------------------	---	---	------	------

Honor. dispens. HDR	4	1	0,51	0,51
---------------------	---	---	------	------

Honor. dispens. HDE	4	1	2,04	2,04
---------------------	---	---	------	------

Total TTC	232,05
A Payer	232,05

TOTAL A PAYER : 232,05 (1522,15F)
Montant HT : 227,28

Code TVA	Taux	HT	TVA	TTC
4	2,10	227,277	4,773	232,05

Espèces : 235,00
Rendu monnaie : 2,95

Le 06/09/2019 à 12h15 Op. : 2 _ M

Montants exprimés en Euros

A BIENTOT
MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 39774/863115 B0106-R1

124/ /1/FACTURATION/TICKET/4/N/AAMk/AARc
/2.8.1.2.R8-151/1