

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.

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.

Educational :

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 :

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.



ND: 30937

Déclaration de Maladie : N° P19- 0020693

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 873 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MEKKI CHIAOMI Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ADEL BENYAHYA
CARDIOLOGUE
Résidence Mamounia (ex - CTM)
Av Hassan II - Rabat Tél: 20.10.20

Date de consultation : 27 FEV. 2020

Nom et prénom du malade : CHIAOMI ADEL Age:

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

Nature de la maladie : HT - adén - diabète

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) :

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
27 FEV. 2020	Am	Am		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. H. BOUTHAÏA Secteur Jirah Souissi / Rabat ICE : 00211559300056	27/02/2020	18770

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

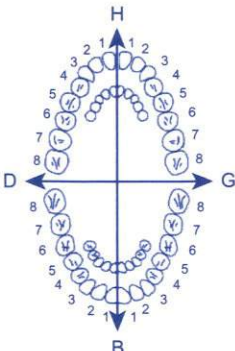
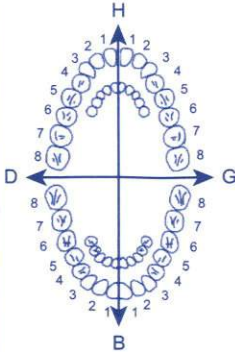
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

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																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																			
			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

☒ **valable 3 mois**

Le **09 MARS 2020** / 20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : **DR. ADEL BENYAHYA**
CARDIOLOGUE

Certifie que Mlle, Mme, M. : **Résidence Mamounia (ex - CTM)**
Av. Hassan II - Rabat - Tél. 20.10.20 **Carsoni Neka**

Présente **M. HSA**

Nécessitant un traitement d'une durée de : **3 ans**

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit) **NASPRAM 10/110**

Le 18/02/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien	
Je soussigné:	DR. ADEL BENYAHYA CARDIOLOGUE Résidence Mamounia (ex - CTM) Av Hassan II - Rabat Tél: 20.10.20
Certifie que Mlle, Mme, M	M. CHAMI YAKO
Présente	une Hypertension artérielle
Nécessitant un traitement d'une durée de:	3 ans
Dont ci-joint l'ordonnance:	
(A défaut noter le traitement prescrit)	Naturelle + Taux de cholestérol

(✓) : Valable 1 année

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

DR. ADEL BENYAHYA
CARDIOLOGUE
Résidence Mamounia (ex - CTM)
Av Hassan II - Rabat Tél: 20.10.20



MUPRAS

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

Le 18 / 02 / 2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné: **DR. ADEL BENYAHYA**
CARDIOLOGUE
Résidence Mampounia (ex - CTM)
Av Hassan II - Rabat Tél: 20.10.20

Certifie que Mlle, Mme, M Mr. Chami ASNOI

Présente une Hypertension artérielle

Nécessitant un traitement d'une durée de: 3 ans renouveler

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit)..... Nitrate Mg + Furosemide

(✓) : Valable 1 année

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

DR. ADEL BENYAHYA
CARDIOLOGUE
Résidence Mampounia (ex - CTM)
Av Hassan II - Rabat Tél: 20.10.20



CABINET DE CARDIOLOGIE

Docteur Adel BENYAHYA

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Caen

Diplômé d'Echocardiographie,
d'Hémodynamique non invasive,
de Cardiologie Congénitale et Pédiatrique,
de la Faculté de Médecine de Paris

الدكتور عادل بنيحي

اختصاصي في أمراض القلب والشرابين

Echodoppler couleur cardiaque et vasculaire

Echographie transoesophagienne

Epreuve d'effort

Holter tensionnel, et E.C.G.

27 FEV. 2020

N. Chirassi Nehbi

Pharmacie Hamed Souissi
Dr. HAMED SOUISSI
Secteur Jdide Souissi, 19, km.E, Local M.1
Birkacem Souissi / Rabat / Tél : 05 37 63 04 04
ICE : 002115593000058 - INPE : 102070422

3x38'00

Wabine : y -

3x97'90

Saunubrit : y -

187'70

DR. ADEL BENYAHYA
CARDIOLOGUE
Résidence Mamounia (ex - CTM)
Av Hassan II - Rabat Tél : 20.10.20



PHARMACIE JNANE SOUISSI

sec jnane souissi n 14 IMM E LOCAL M1

R.C :93194

Patente:25981605

T.V.A :

C.N.S.S:8308620

Tél :0537630404

Le 28/02/2020

FACTURE N°63615

N° ICE : 002115593000058

N° IF : 40146067

MEKKI CHIADMI

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	TAMSULOSINE WIN 4MG	98,00	294,00	19,23	7,00
3	KERLONE 20MG B28 CP	97,90	293,70		
<div>Pharmacie Jnane Souissi Dr. HAMDOU BOUTHAÏNA Secteur Jnane Souissi / Rabat / Tel: 05 37 63 04 04 Birkacem Souissi / Rabat / Tel: 05 37 63 04 04 ICE : 002115593000058 - INPE: 102070422</div>					

TOTAL T.T.C :

587,70

Nbr Articles	TVA 7% Base :	294,00	Montant :	19,23	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinq Cent Quatre-vingt Sept Dirhams et 70 centimes.

☒ valable 3 mois

Le 09 MARS 2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : DR. ADEL BENYAHYA
CARDIOLOGUE

Certifie que Mlle, Mme, M. : Résidence Mamounia (ex - CTM)
Av. Hassan II - Rabat - Tél. : 20.10.20 *Chraoui Adh*

Présente *M. HSA*

Nécessitant un traitement d'une durée de : *3 ans*

Dont ci-joint ordonnance : *NADRIAM 1.5/10*
(à défaut noter le traitement prescrit)

sanofi-aventis France - 82 avenue Raspail - 94250 Gentilly - France

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
USE THE DOSE AS PRESCRIBED

الرجاء التقيد بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I

Prescription only medicine - List I

دواء يُصرف بناء على وصفة طبية - قائمة I

Composition:

chlorhydrate de bétaxolol / betaxolol hydr

Excipients q.s.p. un comprimé / Excipients

Excipients ayant un effet notoire : cellulose

Excipients known to have a recognized effect.

Fabricant / Manufacturer / المصنع

Sanofi Winthrop Industrie - 30-36, avenue Gustave Eiffel - 37100 Tours - France

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1,

Aln sebaâ Casablanca

Kerlone 20 mg , cp pel b 28

P.P.V : 127,60 DH



6 118001 081202

microcrystalline cellulose, hypromellose, lactose.

DT023

Lot/Batch:

05/2018

Fab./Mfg.:

04/2021

EXP:

MAL19872264AZ SIN 381 P

دواء مرخص تحت رقم /
Médicament autorisé /
Authorized medicine n° 325 494.2

026205

التركيب

كلور هدرات البيتاكزولول 20 ملغ

سواغات بكمية كافية لقرص واحد

سواغات ذات التأثير المعلوم: سلولوز دقيق البلورية، هيدروميلوز، لاکتوز.

يجب بلع الأقراص مع شراب بدون مضغها.

تحذيرات خاصة ، لا ينبغي لك أبدا إيقاف علاجك بشكل مفاجئ من دون استشارة الطبيب.

اقرأ النشرة بعناية قبل الاستعمال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

يحفظ بعيدا عن نظر ومتناول الأطفال.

كرلون® 20 ملغ

بيتاكزولول

عن طريق الفم

28 قرصا مغلفا قابلا للتجزئة

sanofi-aventis France - 82 avenue Raspail - 94250 Gentilly - France

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
USE THE DOSE AS PRESCRIBED

الرجاء التقيد بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I

Prescription only medicine - List I

دواء يُصرف بناء على وصفة طبية - قائمة I

Composition:

chlorhydrate de bétaxolol / betaxolol hydr

Excipients q.s.p. un comprimé / Excipients

Excipients ayant un effet notoire : cellulose

Excipients known to have a recognized effect.

Fabricant / Manufacturer / المصنع

Sanofi Winthrop Industrie - 30-36, avenue Gustave Eiffel - 37100 Tours - France

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1,

Aln sebaâ Casablanca

Kerlone 20 mg , cp pel b 28

P.P.V : 127,60 DH



6 118001 081202

microcrystalline cellulose, hypromellose, lactose.

DT023

Lot/Batch:

05/2018

Fab./Mfg.:

04/2021

EXP:

MAL19872264AZ SIN 381 P

دواء مرخص تحت رقم /
Médicament autorisé /
Authorized medicine n° 325 494.2

026205

التركيب

كلور هدرات البيتاكزولول 20 ملغ

سواغات بكمية كافية لقرص واحد

سواغات ذات التأثير المعلوم: سلولوز دقيق البلورية، هيدروميلوز، لاکتوز.

يجب بلع الأقراص مع شراب بدون مضغها.

تحذيرات خاصة ، لا ينبغي لك أبدا إيقاف علاجك بشكل مفاجئ من دون استشارة الطبيب.

اقرأ النشرة بعناية قبل الاستعمال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

يحفظ بعيدا عن نظر ومتناول الأطفال.

كرلون® 20 ملغ

بيتاكزولول

عن طريق الفم

28 قرصا مغلفا قابلا للتجزئة

20 mg

erlone®

betaxolol
comprimés pelliculés
scored film-coated tablets

Sanofi-aventis France - 82 avenue Kaspary - 94250 Gentilly - France

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
USE THE DOSE AS PRESCRIBED
الرجاء التقيد بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Prescription only medicine - List I
نواء يُصرف بناء على وصفة طبية - قائمة I

Composition:

chlorhydrate de bétaxolol / betaxolol hydrochloride
Excipients q.s.p. un comprimé / Excipients q.s.p. one tablet

Excipients ayant un effet notoire : cellulose microcristalline, hypromellose, lactose.
Excipients known to have a recognized effect: microcrystalline cellulose, hypromellose, lactose.

Fabricant / Manufacturer / المصنع
Sanofi Winthrop Industrie - 30-36, avenue Gustave Eiffel - 37100 Tours - France

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

Kerlone 20 mg , cp pel b 28

P.P.V : 97,90 DH



GTIN 03582910077718



LOT/BATCH DT046
Fab/Mfg 11/2018
EXP 10/2021

3 582910 077718

