

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-572364

NO: 41113 Us



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

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

12 846

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BENAMAR HAFID OMAR

Date de naissance :

04/04/1985

Adresse :

214 BD ADEL MOUMEN AG IMAM BOUSSAÏD  
RES OASIS APT 12

Télé. :

0661 118 921

Total des frais engagés:

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. TAMIM AYAD  
Pédiatre  
Tour Anwal 182, Bd. Anwal  
Tel.: 0522 86 03 16 - C...  
Fax: 0522 86 03 16

22 SEP 2020

Date de consultation :

8/8/20

Nom et prénom du malade :

Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Vocal

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) :

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
8/8/00 Cc			100.00	INP : 08 11 33 110 Dr. TANIMI Pédiatre Avival 102, Bd. André Malraux 22 86 03 16 - CASA slu

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8/8/2023	364,02

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/05/2012		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>														
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>														

Docteur Amina TAMIM

PÉDIATRE

Spécialiste des Maladies de l'Enfant  
et du Nourrisson

Diplômée de la Faculté de Médecine d'ANGERS  
Ancien Médecin Attachée des Hôpitaux de France



الدكتورة أمينة تميم

طبيبة اختصاصية

في أمراض الطفل و الرضيع

خريجة كلية الطب بآنجي (فرنسا)

طبيبة مساعدة سابقاً بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le ..... 8/8/٢٠١٥ ..... الدار البيضاء

Bou Amina Ethini Komil

Nouci

V Anwar

AS

Yahia  
PHARMACIE IBN TOFAIL  
SEBTIK 50 MOUSSAOUI  
61, Bd Anoual - CASABLANCA  
Téléphone : 022.86.34.68

Dr. TAMIM Amina  
Pédiatre  
Tour Anwal 182  
Bd. Anoual  
Tél.: 0522 86 03 16 - CASA  
Fax: 0522 86 03 10

182, Boulevard ANOUAL - CASABLANCA  
Tél.: 0522 86 03 16 - Fax : 0522 86 03 10  
Gsm : 0661 31 64 30

182. شارع أنوال - الدار البيضاء  
الهاتف : 0522 86 03 16 - فاكس : 0522 86 03 10  
المحمول : 0661 31 64 30

શાસ્ત્ર

- أخبر طبيبك إن كنت أو كان طفلك:
- تعاون أو عاينتهم من مشكل صحي.
- حصلتم على كميات تم أو بالأسما أو كريات الدموية مصلية بشرية خلال الشهور الخمس الأخيرة.
- تتلقون علاجا طيبا. (ويتضمن العلاج الأدوية المحصل عليها بدون وصفة طبية والمكمالت الغذائية).
- لسيكة حساسية شديدة. (ويتضمن ذلك الحساسية إزاء

- أعدّة حامل أو تنوين الحمل خلال الأشهر الثلاثة التي تعرّضت إلى حساسية إزاء أي لقاح آخر.

- تقويمين بالأرضاء.

**VARIVAX®**

[Virus de la varicelle vivant atténué] souche Oka/Merck

ماریمکس®

五

6048373

ot

2021-08-21

3

MSD



لار و نکت هر یار و نماد ۰۵ مل من مسحوق های رنگ و قریب و نماد ۰۷ مل من سفید لار و نکل

VARIVAX® vaccin  
Suspension injectable  
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml  
P.P.V : 390,00 DH  
AMM 280/14 DMP/21/NNP  
Distribué par MSD Maroc



6 118001 160686

390108