

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.

Diagnostique 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 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- 053549

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2279

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENMAKHLOUF Rachid

Date de naissance : 29/03/54

Adresse : 294 AMELKES 2 NAKHIL FUD YAMALGH

Tél. : 0661311629

Total des frais engagés : 41440

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SOUIHEL Thami
66, CP Fardaus GH 2
Tél : 070.53.16.16

Date de consultation : 14/08/2020

Nom et prénom du malade : 75 NA KH LOUF Rachid Age : 66 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASA BLANCA

Le : 18/09/2020

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
14/08/2020	Ex	C ₁	= 150 km	Dr. SOUIHEL Thami 50, CP Ferdaous GH 2 Tel : 070.53.16.16

Dr. SOUIHEL Thami
56, CP Fardeaus GH 2
Tel: 070.53.16.16

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TILILA Voie d'Aménagement H.H 47 N°H Hay Laymourne - Hay Hassani Tél: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15 ICE 001551566000078 - IF: 40155060	14/08/2020	264,40

PHARMACIE TILILA
Voie d'Aménagement H.H 47 N°H
Hay Laymoune Hay Hassani
Tél: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15
ICE: 001551566000078 - IF: 40155060

[illegible][illegible]

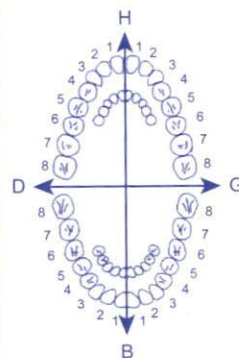
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan d

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

[illegible]

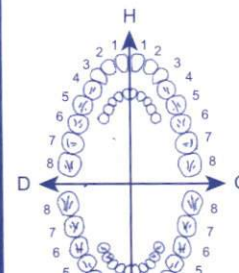
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>	H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
H																							
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
D		G																					
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>																					
		DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>																					

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

Dr. Thami Souihel

Médecine Générale

56, Op. Ferdaous - GH2 - RC1

Oulfa - Casablanca

Tél. : 06 70 53 16 16

الدكتور التهامي السويhel

الطب العام

56 . OP فردوس GH2 الطابق السفلي 1

الألفة - الدار البيضاء

الهاتف : 06 70 53 16 16

Casablanca, le : 14/08/2020 في: الدار البيضاء.

D. BEN NAKHOUF,
Rocher

- Belouk'oua. 375

69,00 x 2 = 138
- KALHA WER

24/5
63,20 x 2 = 126,40
- ZENBU 10 ay

144
264,40

Dr. SOUIHEL Thami
56, OP Ferdaous GH2
Tél. : 070.53.16.16

PHARMACIE TILILA
Voie d'Aménagement H.H 47 N°H
Hay Laymoune - Hay Hassani
Tél: 05 22 93 86 84 Fax: 05 22 93 87 15
ICE: 001551566000078 - IF: 40155060

Kalmaner®

Valériane+Aubépine+Passiflore+Lavande

- Nervosité, irritabilité
- Troubles du sommeil



Boîte de 30 gélules
Voie orale

LOT : 200073
DLUO : 02/2023
69,00 DH

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable

Fabriqué par :

Deva
Pharmaceutique

146-147, Zone Industrielle
Tit Mellil - Casablanca

Kalmaner®

Valériane+Aubépine+Passiflore+Lavande

- Nervosité, irritabilité
- Troubles du sommeil



Boîte de 30 gélules
Voie orale

LOT: 200045
DLUO: 02/2023
69,00 DH

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable

Fabriqué par :

Deva
Pharmaceutique

146-147, Zone Industrielle
Tit Mellil - Casablanca

63,20

زيرتيك 10 ملغ[®]
سيتيريزين ديكلورهيدرات



Zyrtec[®] 10mg



15 قرصا ملبسة قابلة للكسر

AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec[®] 10mg



15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158

63,20

زيرتيك 10 ملغ[®]
سيتيريزين ديكلورهيدرات



Zyrtec[®] 10mg



15 قرصا ملبسة قابلة للكسر

AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec[®] 10mg



15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158