



Déclaration de Maladie

N° W21-726997

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9405

Société : RAM

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

BENZNAID OTHMANE

Date de naissance :

22-01-1971

Adresse :

N°18 Rés. NADIR S. EL WIAM
EL OULFA CASA

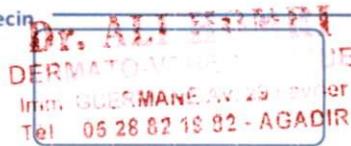
Tél. : 0661236383

Total des frais engagés :

346,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

04/10/2022

Nom et prénom du malade :

BENZNAID OTHMANE

Age:

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

DERMATOSE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 : AGADIR

Le : 04/11/2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|

| | | | | |
|--------|----|--|----------|--|
| GIAHIN | C. | | MEILLEUR | INP : 041075698 DR. ALI HOMSI B.M.A TO VENDE AV. 29 FEBRUARY 1982 - AGADIR |
|--------|----|--|----------|--|

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Dr. Ali HOMSI SEFRIM B.M.A TO VENDE AV. 29 FEBRUARY 1982 - AGADIR TELE: 05 23 29 09 39 | 04/10/1982 | 146.20 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

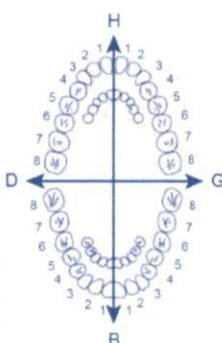
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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 | INP : <input type="text"/> |
|---|----------------|------------------|-------------|----------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | |
| FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | |
| DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | |

**O.D.F
PROTHESSES DENTAIRES**



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | G |
|----------------------|----------------------|
| 25533412 00000000 | 21433552 00000000 |
| 00000000 35533411 | 00000000 11433553 |
| B | |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Docteur Ali HOMRI

Maladie de la peau, du Cuir Chevelu, de l'Ongle
et des Maladies sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique

Laser Dermatologique

Ancien Médecin-Chef du Service Dermatologie

Hôpital HASSAN II

الدكتور حمري علي

اختصاصي في أمراض الجلد والشعر والأظافر

و الأمراض التنسالية

الجراحة الجلدية

العلاج بالليزر

رئيس سابق لمصلحة الجلد بمستشفى

الحسن الثاني أڭادير

4. 10. 2022

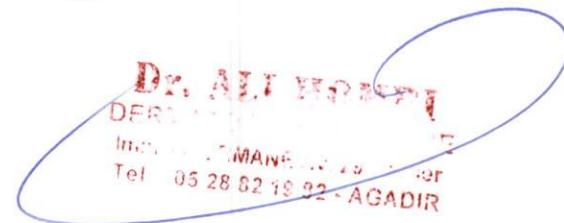
BEN ZNAS ABDELMOUN AYR-

Vu ce jour au cabinet

pour consultation de

Dermatologue

S. 200 dh



Rendez-vous, le :

عمارة گرمان رقم 5 الطابق الثاني - شارع 29 فبراير - تلبرجت - أڭادير الهاتف : 05.28.82.19.82 المحمول : 06.72.04.73.73
Imm.GUERMANE N°5 - 2ème Etage - Av. 29 Février - Talborjt - AGADIR - Tél. : 05.28.82.19.82- GSM. 06.72.04.73.73

Docteur Ali HOMRI

Maladie de la peau, du Cuir Chevelu, de l'Ongle
et des Maladies sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique

Laser Dermatologique

Ancien Médecin-Chef du Service Dermatologie

Hôpital HASSAN II

04 OCT 2022

الدكتور حمري علي

خصائي في أمراض الجلد والشعر والأظافر

والأمراض التناسلية

الجراحة الجلدية

العلاج بالليزر

رئيس سابق لمصلحة الجلد بمستشفى

الحسن الثاني أڭادير

Benzina M. Atchouar

76.20

1) Mycophen 750



4/1 x 1000 mg

70.00

TEGUMA am



Myxal 1000 mg 100



DR. ALI HOMRI
Dermatologue
Dr. ALLI HOMRI
Tizi Ouzou - Algérie

T = 146.20

Rendez-vous, le :

06.72.04.73.73 - 05.28.82.19.82 - فويرت - أڭادير الهاتف : 05.28.82.19.82 - شارع 29 فويرت - تبرجت - الطابق الثاني - عمارة كفرمان رقم 5 - المعمورون 2ème Etage - Av. 29 Février - Talborjt - AGADIR - Tél. : 05.28.82.19.82 - GSM. 06.72.04.73.73

LOT: 220681
PER: 06-2024
PPV: 70.00DH

الصادر
PHARMACEUTICAL INSTITUTE
BP 4491 - 11850 Ain El Aouda
Maroc
Maria SEDRATI
Pharmacien Responsable

LOT: 070
PER: JUL 2024
PPV: 76 DH 20