

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.

Diagnostic 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.

Educations :

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 chronique :

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- 056543

65201

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1781 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Bouzian KEBIRA

Date de naissance : 23/09/1950

Adresse : 332 Bd Bordeaux

Tél. : 0662 18 19 10 Total des frais engagés : Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24 MARS 2021

Nom et prénom du malade : Bouzian KEBIRA Age : 68 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA + Mère cœliacque ?

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 : 20/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Bouzian

| 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 |
| 24 MARS 2021 | curatif | 1 | 200 000 |  Dr. Hassan Elmaghrabi Médecin Généraliste Cabinet Médical "Elmaghrabi" 10, rue de la Liberté - 1000 Bruxelles |

Dr. Hassan CHAHINE
Diplômé en Oculophtalmologie
145, Rue de la République, 10000 Alger
(au 2^e étage, à l'angle de la rue E. Belandier)

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <p>ARMACIE MOUTRANE</p> <p>89, RUE TAFILALET</p> <p>CASABLANCA</p> <p>TEL : 05 22 22 18 45</p> | 24/03/2022 | 579,10 |

PHARMACIE MOUTRANE
189, RUE TAFILALET
CASABLANCA
TEL : 05 22 22 18 45

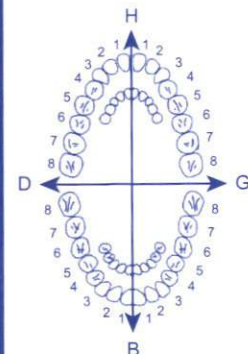
[illegible][illegible]

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 de l'...

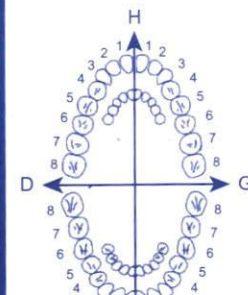
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'

[illegible]

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|---|
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | <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> | | | | | | | | | | | | | | | |

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

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



OMNIPRATICIEN

Diplôme universitaire en diabétologie
Diplôme universitaire en Diététique médicale et Nutrition
Diplôme universitaire en échographie clinique
Faculté de Médecine Montpellier France
ELECTROCARDIOGRAMME
Membre de la Société Francophone du Diabète
sur rendez-vous

الطب العام

دبلوم جامعي في مرض السكري
دبلوم جامعي في الحماية الطبية والتغذية
دبلوم جامعي في الفحص بالصدى
من كلية الطب مونبولييه - فرنسا
التخطيط الكهربائي للقلب
عضو الجمعية الفرونكوفونية لمرض السكري
بالموعد

Casablanca, le 24 MARS 2021 في الدار البيضاء.

M = 8m HAD Ice 8m

555,60 d)

Suliat 5/16 7

185,20 x3



23,50 d)

ur 6m x 10 y
112 y a wh



N° 1

T, 5, 79, 10

PHARMACIE MOUTRANE
189, RUE TAFILALET
CASABLANCA
TEL : 05 22 22 18 45

PHARMACIE MOUTRANE
N° d'Ordre 8732
Date 25/03/2022

Dr. Hassan CHAHID
OMNIPRATICIEN Echographie Clinique
D.U. en Diabétologie
146, Rue Moulay Idriss, Hay Baladia - Casablanca
(au dessus de la pharmacie "Hay El Baladia")
Tel. : 05 22 80 91 91