

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.

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 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.



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 069389

71 000

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4679 Société : ROM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OBEID, Mustapha

Date de naissance : 4 Rue Bohadja Apt 1 Maarif

Adresse : Casablanca

Tél. : 0661065053 Total des frais engagés : 662,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hassane MIR
Cardiologue
Bd. Anfa 79 Rue Jaber B. Hayane
Tél : 05 22 22 21 24 / 58 - 03 29 47 70 24
Fax : 09 11 15 20 9

Date de consultation : 26/03/21

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : Casablanca Le : 26/03/21

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
24/03/21	contrôle		général	

26/03/21 controle greatest

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/03/21	282,80 €

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

24/03/21

282, 80

[illegible]

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
		A M	P C	I M	I V	
24/03/21	24/03/21					3800

**Cachet et signature
du Praticien**

Date des Soins :

	Nombre
--	--------

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

24/03/21

24/03/21

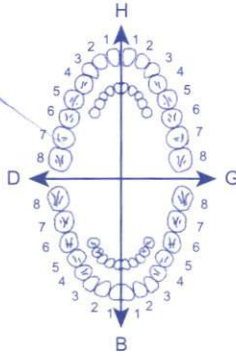
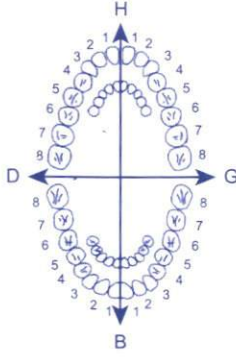
38900

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>													
				DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>														

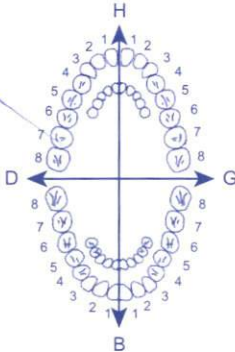
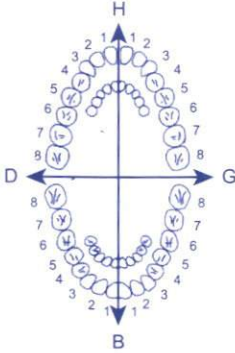
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est pré 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Docteur MIR HASSANE

Maladies du Cœur et des vaisseaux CARDIOLOGUE

Diplômé des Universités de Paris V et VI
Diplômé d'échodoppler cardiaque (Paris VI)

Casablanca, le : 24/03/2021

M. OBEID Mustapha

LOT 211656
EXP 12/22
PPV 185DH20

18520

SULIAT HCT 160/10/25 mg : 1 comp. par jour le matin

RANSIMVA 20 mg : 1 comp. par jour au diner

9760

282,80

DR. HASSANE MIR
Cardiologue
Bd. Anfa 79 Rue Jaber B. Hayane
Tél: 05 22 22 13 4 / 58 - C 36371-364
INP: 091113209

+ Tensionnètre

280,10

SAFARI
20, Rue AL...
Casablanca
Tél: 05 22 98 42 76

DR. HASSANE MIR
Cardiologue
Bd. Anfa 79 Rue Jaber B. Hayane
Tél: 05 22 22 13 4 / 58 - C 36371-364
INP: 091113209

LOT n°:
EXP :
PPV : 97 DH60

Adresse : N° 79 rue Jaber Ben Hayane, Bd ANFA
(en face de la commune Sidi Beyout), CP 20020, Casablanca

Bur : 0522222134 -0520070709 Bur mobile : 0664514961 Urgences : 0661 13 83 31
ICE : 00168117200008 INP: 091113209 - Email : cabinetmir@gmail.com

SABEM

20, RUE AL GHADFAIAARIF

CASABLANCA , MAROC

0522-98-42-76 / 0522-98-42-95

PATENTE 35800467 RC:95493 IF: 1004077

ICE : 000231022000088 www.parasabem.com

Ticket Nr : 20218089

Le : 03/05/2021 A : 17:58:55

Caisse : CAISSE

Vendeur : Administrateur

Article	Prix x Qte	Montant
DR CHARCOT	380.00 X 1	364.80

Montant T.T.C. : 364.80 DH

Mode paiement : ESPECE

Mt Regle : 400.00 DH

Rendu Monnaie : 35.20 DH

LES PRODUITS ACHETÉS NE SONT
NI REPRIS NI ÉCHANGÉS
MERCI DE VOTRE VISITE
A BIENTOT



SABEM

Santé Beauté Médicale

FACTURE N° : 20210091

AUCOMPTANT

M. OBER A. Mustapha
SABEM
RECEPTION
Tél: 05 22 98 42 76

Casablanca le, 04/05/2021

Code Client : 000001

Code Article	Désignation	Qté	P.U. TTC	Montant	Tva
3330250115	BL N° 20218089 DU 03/05/2021 DR CHARCOT TENSIOMETTRE	1	380.00	364.80	20.00%
304.00	20 %	60.80			
			TOTAL H.T.	304.00	
			TOTAL T.V.A.	60.80	
			TOTAL T.T.C.	364.80	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT SOIXANTE QUATRE DH QUATRE VINGT
Centime(s).

Référence Règlement

ESPECE Référence :ESPECE (364.80)