

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

diologie 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.

éducation :

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-

066342

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10523

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELHAFID, ABDELKARIM

Date de naissance : 14/1/64

Adresse : H 182 LOT ELHAFID EROUA

BERRECHID

Tél : 0677622394

Total des frais engagés : 640,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ISSAM ESSALKI
ORL
Angle Rue Moukrouzine et Boulevard
N° 5, 1er Etage - Berrechid

Date de consultation : 27/05/2021

Nom et prénom du malade : SALTA EL HAFID

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : PATHOLOGIE CHRONIQUE

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.

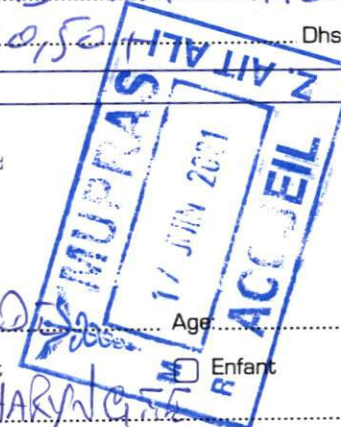
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



[illegible]

~~Dr. F. S. M. E. OPL~~
~~Angle Road, South Zone, 1st Stage~~
~~Ang. E. 1st Stage~~

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  <p>PHARMACIE HAY ESSALAM 20 Beroua - BERRECHIDJ Tél: 06 23 97 07 78 MISE: 062009174</p> | 27/01/21 | 64050 |

PHARMACIE HAY ESSA.
Lot. Hay Essalam 20
Beroua - BERRECHIN
Tel: 06 23 97 07 78
MOR: 062099174

[illegible][illegible]

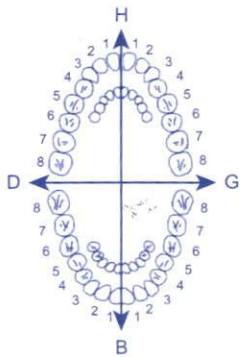
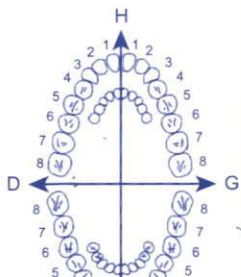
Monora

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|--|---------------------|-------------|--|
|  | | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top. There are two main arches on either side of the central pier. The piers are numbered 1 through 8, starting from the central pier and moving outwards. The bridge is supported by a series of smaller piers or abutments. The diagram is labeled with 'H' at the top, 'D' on the left, and 'C' on the right.

Dr. Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE
CERVICO - FACIALE
VERTIGE - RONFLEMENT
Chirurgie Endoscopique
du nez et de l'oreille
Surdité, Implant Cochléaire
Acouphène,
Pathologie de la voix
Goitre, Allergie



الدكتور عصام السالكي

أمراض و جراحة الأذن . الأنف
الحنجرة، العنق و الوجه
الدوخة، الشخير
جراحة الأنف والأذن بالمنظار
الصمم، زراعة قوقعة الأذن
رنين الأذن
اضطراب الصوت
الغذبة الدرقية، الحساسية

DATE :

27/08/2022

Salma. EL HAKKI

40,50 x 6

1 Transfusion 8

79,50 x 5 20/7 p 3mm

2 Vit B3 mm

30g 1/7 p 3mm

64050

PHARMACIE HAY ESSAL
Lot. Hay Essalam 20
Deroua - BERRECHID
Tél: 06 23 97 07 78
INPE: 062055174

Tel: 05223235757 - 0527742261
Lot 1 Angle Bd Med 5 et Bd de la Résistance
Houassene Bououfouf Berrechid

Dr. Issam ESSALKI
ORL ET CHIRURGIE CERVICO - FACIALE VERTIGE

تجزئة 14 زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة - برشيد

Lot. 14 Angle Boulevard Med 5 et Boulevard de la Résistance (Au dessus de BMCE Bank) - Berrechid

Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 20 01 12 58 E-mail : issam.essalki@gmail.com

319334



6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA



6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés



6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés



6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA



6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés



6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334

319334

319334

319334

319334

319334

PPV : 40,50 DH

PPV : 40,50 DH

PPV : 40,50 DH

PPV : 40,50 DH

PPV : 40,50 DH

D3 NORM
100 UI GOUTTES BUVABLES



8 051128 632675

D3 NORM
100 UI GOUTTES BUVABLES



01/2024

200885



8 051128 632675

D3 NORM
100 UI GOUTTES BUVABLES



8 051128 632675

D3 NORM
100 UI GOUTTES BUVABLES



8 051128 632675

onsommer
nt le:
: 79,50 DH

200885
01/2024