

## INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR BOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

doit être dûment renseigné.

Il doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.  
est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

Exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,

prothèses, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi

sous 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.

Maladie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Biologie 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.

Stomatologie :

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° M21- 0036091

113483

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3162

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KHATIB HANON

Date de naissance : 18.08.53

Adresse :

Tél. 0659609181

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age :

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 : Casablanca

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



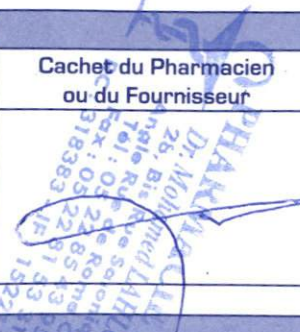


# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes      Natures des Actes      Nombre et Coefficient      Montant détaillé des Honoraires      Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes


# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

	14/04/22	283,5
--	----------	-------

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

		Nombre				
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

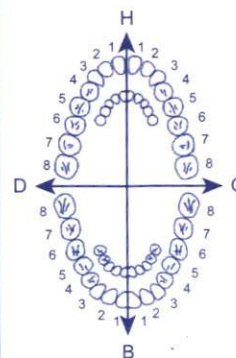
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature

Important :

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

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées      Nature des Soins      Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

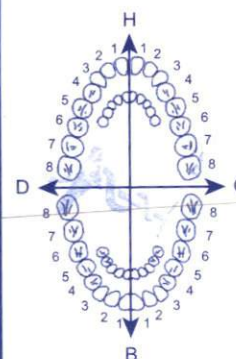
FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Hanane BENMANSOUR  
Chirurgien dentiste

Diplômée de la F.M.D.C  
et de l'Université Paris V

Diplôme universitaire de chirurgie  
avancée et parodontale de Bordeaux

Esthétique & Blanchiment des dents  
parodontologie - Implantologie  
Prothèse - Endodontie



د. هانان بن منصور  
طبيبة جراحة للأسنان

خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء  
و جامعة باريس 5  
خريجة جامعة بوردو لجراحة الأسنان و اللثة

تجميل و تبييض الأسنان  
علاج الأسنان و اللثة  
تعويض و زراعة الأسنان

Casablanca, le 14/04/2022

ORDONNANCE

Dr HANANE BENMANSOUR

12630  
10) Augmentin 1g Sachet 1B  
1 Sachet 2x 1

44.20  
20) Difal



PPV: 14DH00  
PER: 01/25  
LOT: L368

14.00  
30) Dotiprone 1g  
1g 30  
40) 99.00  
1g 30

LOT 210919  
EXP 12/2023  
PPV 99.00DH

52, Bd Zerktouni - Espace ERREDA, 1er étage (en face du marché des fleurs) Casablanca

Tel : 0522 26 99 82 - 522 26 98 59 - E-mail: smiledentalcenter52@gmail.com





AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

# AUGMENTIN 1g<sup>/125 mg</sup> sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des  
repas, pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الاكل، خلال... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV: 126,30 DH  
LOT: 647564  
PER: 12/22

