

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-711538



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

11/12/2022

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

508

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AIT HAMMOU AIT HAMMOU

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

051255042

Total des frais engagés :

2

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdelmalek AKIL

Spécialiste en Médecine Interne
Hay Inara1, Rue12 N°12 Aïn Chock
Casablanca - 05 22 50 84 43

Date de consultation :

21.11.2022

Nom et prénom du malade :

Mme DARIF Aït Hammou AIT HAMMOU

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Zona Latéra coxéal droit

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

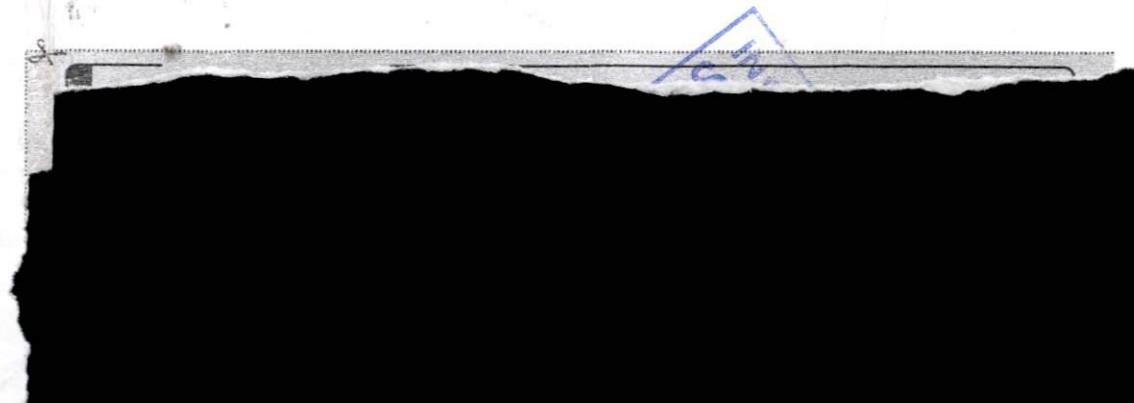
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : / /

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
21.11.82	Sur		300 DH	INP : 1051401011899
01.12.82	Antéc.			Docteur Abdellah Malek Médecin interne Ain Chock 0522508443

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	ina	Date	Montant de la Facture
<i>J</i>	<i>OSRA</i>	<i>24/11/22</i>	<i>819,30</i>
<i>J</i>	<i>OSRA</i>	<i>21/12/22</i>	<i>14,52</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'UDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>											
				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
					<input type="text"/>										
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>25533412 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>00000000 35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </table>					H		D	25533412 00000000	B	00000000 35533411	G	21433552 00000000	G	00000000 11433553	<input type="text"/>
H															
D	25533412 00000000														
B	00000000 35533411														
G	21433552 00000000														
G	00000000 11433553														
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>					<input type="text"/>										
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>					<input type="text"/>										
DATE DU DEVIS <input type="text"/>					<input type="text"/>										
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>					<input type="text"/>										
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Abdelmalek akil

Spécialiste en Médecine Interne
 Echographie Médicale
 Lauréat de la Faculté de Médecine de Casablanca
 Tél.: 05 22 50 84 43
 GSM : 06 69 73 51 33



الدكتور عبد المالك عاقل

إخلاصي في الطب الباطني
 الفحص بالصدري
 خريج كلية الطب بالبيضاء
 الهاتف : 05 22 50 84 43
 المحمول : 06 69 73 51 33

وصفة الدواء Ordonnance

Casa le : 01.12.22 البيضاء في :

Nom : Ham Youssef AIT HAMMOU الاسم

1 - DOLIPRANE 1000mg (cf الصورة)

حبة فقط عند الضرر ((الشعور بالآلام))

مختبر آيسرا
 Pharmacie AL OSRA
 LAJIRICH, Route Hattif
 5254, Bd Amgala Ain Chock Al Inara:
 Tel: 05 22 21 71 92 - Casablanca

Docteur Abdelmalek AKIL
 Spécialiste en Médecine Interne
 Hay Inara 1, Rue 12, 1021 Ain Chock
 Casablanca - 05 22 50 84 43

PPV:14DH00

PER:10/25

LOT:L3529



Docteur Abdellmalek akil

الدكتور عبد المالك عاقل

Spécialiste en Médecine Interne

Echographie Médicale

Lauréat de la Faculté de Médecine de Casablanca

Tél.: 05 22 50 84 43 Pharmacie AL OSRA

GSM : 06 69 73 51 33 LAHRICHI Abdellatif

52-54, Bd. Amgala Ain Chock Al Ina
Télé: 05 22 21 71 52 - Casablanca 06 69 73 51 33

اختصاصي في الطب الباطني

الفحص بالصدى

خريج كلية الطب بالبيضاء

الهاتف : 05 22 50 84 43

المحمول : 06 69 73 51 33

وصفة الدواء

Ordonnance

Casa le : 24.11.22 البيضاء في :

Nom : El Djaz DABIRI épouse AIT HAMMOU الإسم

432,5

1. VALEX cap. 500 mg

S.V

حبات

روي

مساء

حبة (٣) ماء الاكل

2. CICLOVIRAL (creme)

S.V

8 حبات

11 حبات

12 رذاذ

5 بعد الزوال

8 مساد

(سعال على الترجح حتى مراد في اليوم

== 2 (سبعين)

3. VITANEVIL fort cap.

S.V

حبات

روي

مساء

حبة دose الاكل

4. RANCIPHEX cap. 20mg

S.V

حبة في اليوم قبل النوم

Docteur Abdellmalek akil
Spécialiste en Médecine Interne
Casablanca, Rue 12 N°12 Ain Chock
Télé: 05 22 50 84 43
Rue 12, N°12, Ain chok - Casablanca

LOT 22001
PER 03/25
PPV 432 DH 00

CICLOVIRAL® 5%
Aciclovir

LOT: 224094
EXP: 05/25
PPV: 59DH10

CLOVIRAL® 5%
Aciclovir

LOT: 224263
EXP: 05/25
PPV: 59DH10

ICLOVIRAL® 5%
Aciclovir

LOT: 224263
EXP: 05/25
PPV: 59DH10

ICLOVIRAL® 5%
Aciclovir

LOT: 224263
EXP: 05/25
PPV: 59DH10

28,80

PPV

LOT

PER

28,80

28,80

PPV

LOT

PER

28,80

28,80

PPV

LOT

PER

28,80

C1) 20 mg
primé.
ations, Posologie
lire la notice à l'intérieur.
t de la vue des enfants.
pérature ne dépassant pas
dité.

PPV: 64 DH 50