

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie

N° W21-694048

198661



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **A1675**

Société : **R.A.M**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **BENKIRANE SELMA**

Date de naissance : **05/08/1978**

Adresse :

Tél. : **06-67-46-03-71**

Total des frais engagés : **300 + 483,30**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **07/08/2014**

Nom et prénom du malade : **Benkiran Selma**

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Practologue

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

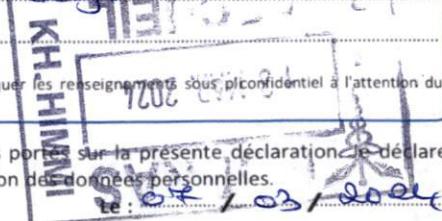
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : **05/08/2014**

Signature de l'adhérent(e) : **Zelma**



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/03/2011 | (2) | | 300 DFC. | INP : DR. ABOU EL HAKIM SAN INPE : 091262980 Dr. ABOU EL HAKIM SAN Gastro-Entérologue Proctolo- gy CHU TA, Village P blanca |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Formulseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| OCEAN PHARMACY - Rue D'Zemmour Bar Bouazza N°14 MAC N°1 Route D'Zemmour Bar Bouazza BP 62 31 63 - MPE: 092103613 | 07/03/24 | 483,30 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

FT ADHERENT

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'ODF

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | H | | G | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | B | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | G | | B | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | 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'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. Sara ABOU EL HAK

Spécialisé en :

- Maladie de l'appareil digestif et du foie
- Proctologie médico- chirurgicale
- Endoscopie
- Échographie

د. سارة أبو الحق

اختصاصية في :

- أمراض الجهاز الهضمي و الكبد
- أمراض و جراحة المخرج و البواسير
- الفحص بالمنظار
- الفحص بالصدى

07/03/2024

Casablanca, Le.....

MME BENKIRANE SELMA

1. DEXILANT 30 MG(2 semaines)

1 cp par jour avant repas

R182.40

LOT NO : 354194
DATE EXP : 10/2026

2. ARGO SIROP (2 semaines)

1 c à s 3 fois par jour après repas

3. RELAXOL CP (1 semaine)

2 cp 2 fois par jour après repas

4. ADAX CREME CICATRISANTE (2 mois)

1 application 3 fois par jour

5. OSMOZINE SIROP (si constipation)

1 c à s 2 fois par jour après repas

LOT : 6474
PER : 08-26
P.P.V : 30DH50

RILAXOL 500MG/2MG
CP 820
P.P.V : 49DH60

6 118000 060833 "

EMULSION REPARATRICE
LOT: PF2401001
EXP: 01/2027
PPC: 167.00DH

OSMOSINE®
Hydroxyde de Magnésium
Flacon de 260 ml

6 118000 210054

275, Rue Assoudia ,Village pilote
(à côté de l'école " le village") Dar Bouazza.

275، زنقة السعودية، القرية النموذجية
(قرب مدرسة القرية) دار بوعززة.

Tél : 0650 10 36 62 / 0522 29 04 79 : الهاتف
E-mail : docteurabouelhak@gmail.com : البريد الإلكتروني