

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 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.

Adresses Mails utiles

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-601875

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

6798

Société

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom

BEDRI HAMED

Date de naissance

28-12-1961

Adresse

Habituelle

Tél.

06 62 01 48 11

Total des frais engagés

496,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Chaymaa ELOUAZZANI
Omnipraticienne, Echographie
Résidence Ibn Khaldoun Port 2
App. N°2
Tél: 0522 32 48 12

Cachet du médecin

Date de consultation

29/09/2022

Nom et prénom du malade

Mme Saadia ELHOUSSENI

Age

27/11/1970

Lien de parenté

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie

2e AL - fts

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

BERRECHIDJ

Signature de l'adhérent(e)

Hamed

Le : 19/11/2022

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
29/09/22	Ex-lp		150.000	INF. 061222622 Dr. Chaymaa FLOUAZAN Omnipraticien, Echographiste Résidence Ibn Khaldoun Port App. N°2 582 32 48 12

attestant le Paiement des Actes

INF. 06/12/2022

Dr. Chaymaa ELOUAZANI

Omnipraticienne Echographie

Résidence Ibn Khaldoun Port 2

App. N°2

Tel: 0522 32 48 12

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/09/22	266,40

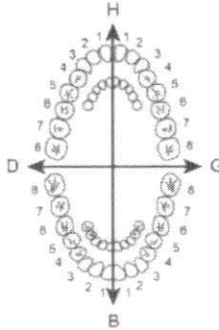
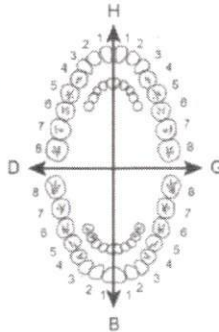
[illegible][illegible]

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 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Chaymae ELOUAZZANI

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de la Pharmacie de Casablanca

Ex Médecin au CHU - Casablanca

Ex Médecin à l'hôpital Errazi- Berrechid

Ex Médecin à l'Hôpital Médecin V - Safi



الدكتورة شيماء الوزاني

الطب العام

خريجة كلية الطب و الصيدلة

بالدار البيضاء

طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيبة سابقا بالمستشفى الرازي برشيد

طبيبة سابقا بمستشفى محمد الخامس بأسفي

Berrechid, le 29/09/22 برشيد في

M - Siadia ELHOUSINI

Acide urique

V.S

Dr. Chaymae ELOUAZZANI
Omnipraticienne, Echographie
Résidence Ibn Khaldoun Porte 2
App. N°2
Tél: 0522 32 48 12

LABORATOIRE CENTRALE ERRAZI
BERRECHID

Dr Abdelhamid HAWAZINE

Pharmacien Biologiste

Avenue Mohamed V, Dar Hakami
derrière la Préfecture de Police

إقامة ابن خلدون - الباب رقم 2 (قرب صيدلية المسجد) - الشقة رقم 2 برشيد - الهاتف : 05 22 32 48 12

Résidence Ibn Khaldoun - Porte 2 - Appt N° 2 - Berrechid - Tél : 05 22 32 48 12

Gsm : 06 62 14 34 32 - E-mail : elouazzanichaymae@gmail.com



FACTURE N° : 22008381

BERRECHID : 29/09/2022
Nom et Prénom ... : Madame Saadia EL HOUSSINI
Prescripteur : Dr. CHAYMAE ELOUAZZANI

Bilan :
VS B30+ AUR B30+

Montant Net : 80,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Quatre-vingts Dirhams et zéro centime

Dr. A HAWAZINE

LABORATOIRE CENTRALE ERRAZI
BERRECHID
Dr Abdelhamid HAWAZINE
Pharmacien Biologiste
Avenue Mohamed V, Dar Hakami
derrière la Préfecture de Police



INPE 063060990



Dr. CHAYMAE ELOUAZZANI

Date du prélèvement : 29/09/22

Dossier édité le : 29/09/2022

Code Patient : 138640

Mme EL HOUSSINI Saadia

Page : 1 / 1

Prélèvement Effectué au Laboratoire

290922 096

HEMATOLOGIE

ABX PENTRA 60

Valeurs de référence

Antécédents

VITESSE DE SEDIMENTATION Automate (VACUETTE)

1 ère heure.....	: 30	mm	< à 10
2 ème heure.....	: 67	mm	< à 20

BIOCHIMIE SANGUINE

KONELAB 20i

ACIDE URIQUE	: 42.58	mg/l
ou	: 253,45	μmol/l

Valeurs de référence

(26 à 60)

Antécédents

(210 à 420)

LABORATOIRE CENTRALE ERRAZI
BERRECHID
Dr Abdelhamid HAWAZINE
Pharmacien Biologiste
Avenue Mohamed V, Dar Hakami
derrière la Préfecture de Police



INPE 063060990

Dr. Chaymaa ELOUAZZANI

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de la Pharmacie de Casablanca

Ex Médecin au CHU - Casablanca

Ex Médecin à l'hôpital Errazi - Berrechid

Ex Médecin à l'Hôpital Médecin V - Safi



الدكتورة شيماء الوز

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة
بالبدار البيضاء

طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيبة سابقا بالمستشفى الرازي برشيد

طبيبة سابقا بمستشفى محمد الخامس بأسفي

Berrechid, le 29/09/22 برشيد في

Mme Sarah ELHOUSSEINE

Carboxane

Boîte de 30 comprimés

LOT : 220003
PER : 02/2025
PPC : 79,50 DH

8 051128 634501

Lot: 220240
A consommer
avant le: 04/2025
PPC : 89,50 DH

LOT : 1273
PER : 07-25
P.P.V : 31 DH/10

PPV

LOT

PER

28,80

Dr. Chaymaa ELOUAZZANI
Omnipraticienne, Echographe
Résidence Ibn Khaldoun Port
App. N°2
Tél: 0522 32 48 12

إقامة ابن خلدون - الباب رقم 2 (قرب صيدلية المسجد) - الشقة رقم 2 برشيد - الهاتف : 05 22 32 48 12

Résidence Ibn Khaldoun - Porte 2 - Appt N° 2 - Berrechid - Tél : 05 22 32 48 12

Gsm : 06 62 14 34 32 - E-mail : elouazzanichaymaa@gmail.com

GRISEO® 250 mg 30 comprimés

PPV 37DH50

EXP 11/2025
LOT 04035 3

Pharmacie AL MAHDART AL JANNI
Dr. SEMSA M. Sanaa
Lotissement Imt Newday G Lot 42
Tél: 32 32 32 85 85 - Berrechid

Dr. Chaymaa ELOUAZZANI
Omnipraticienne, Echographie
Résidence Ibn Khaldoun Port
App. N°2
Tél: 0522 32 48 12

Pharmacie AL MAHDART AL JANNI
Dr. SEMSA M. Sanaa
Lotissement Imt Newday G Lot 42
Tél: 32 32 32 85 85 - Berrechid

Dr. Chaymaa ELOUAZZANI
Omnipraticienne, Echographie
Résidence Ibn Khaldoun Port
App. N°2
Tél: 0522 32 48 12