

# RECOMMANDATION ACTIVER LES REMBOUF



RACHID Azzeddine

- 080 11: 8011

## 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

- 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.

# RE POUR LES REJETS



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

# Déclaration de Maladie

M22- 0037928

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05355

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : RACHID Azzeddine

Date de naissance : 03-04-1957

Adresse : Habituelle

Tél. : 067 911 55

Total des frais engagés : 1,706.40 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KAIIDI FATHIMA ZAHRA  
Endocrinologue Diabetologue  
et Maladies Métaboliques  
Tel: 05 22 32 43 39

Date de consultation : 05/05/2023

Nom et prénom du malade : RACHID Azzeddine Age : 65 ans

Lien de parenté :  lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : Berrechid Le : 05/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :



ACCHEIL

## 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
05.05.23	5	+250 DHS		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. IMANE ZINB é Pharmacie le Grand Boulevard 3451 Lot Nasrallah 05 22 05 59 59 06 21 05 03 6	05.05.2023	1.376,40 DHS

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
<i>Dr. SEKKAT M Berrechid</i>	05/05/23		80,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	P

## [Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch, likely a maxillary arch, viewed from a front/sagittal perspective. The teeth are represented by circles with numbers indicating their position and type: 1 (central incisors), 2 (lateral incisors), 3 (canines), 4 (first molars), 5 (second molars), 6 (third molars). Landmarks are labeled with letters: H (high point of the dental arch), D (dental diastema), G (gummy tissue), and B (buccal side). The diagram shows the relationship between the teeth and the surrounding gingival tissue and bone.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

Dr. KAIIDI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabèteologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa

Ancien Interne au CHU - Casa



د. قايدى فاطمة الزهراء

اختصاصية فى أمراض الغدد - داء السكري

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعى

ابن رشد

Ordonnance

Mle. : 05355

Nom: Rachid Aggadine

Berrechid, le: 05.05.23

$$68,80 \times 3 = 206,40 \text{ DHS}$$

1) Adia 4 my



14 avant pt di

pt di

$$390,00 \times 3 = 1.170,00 \text{ DHS}$$

2) Gahew met 50/50



3 mois

Dr. KAIIDI FATIMA ZAHRA  
Endocrinologie Diabèteologie  
et Maladies Métaboliques  
Tel: 05 22 32 43 39

14p  
14p

14p  
14p

14p  
14p

$$1.376,40 \text{ DHS}$$



Dr. KAIIDI FATIMA ZAHRA  
Endocrinologie Diabèteologie  
et Maladies Métaboliques  
Tel: 05 22 32 43 39

333, Boulevard Mohamed V - Lot Nasrollah - 1er Etage N°3 (en face carrefour) - Berrechid

Tél: (+212) 5 22 324 339 - Gsm: (+212) 6 79 545 315 - Email: kaidiendocrinologue@yahoo.com

LOT 230407 1

EXP 01 2026

PPV 68 80

LOT 230407 1

EXP 01 2026

PPV 68 80

LOT 223646 1

EXP 10 2025

PPV 68 80

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

Dr. KAIÐI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabèteologie  
Diplomée de la Faculté de Médecine - Casa  
Ancien Interne au CHU - Casa



د. قايدى فاطمة الزهراء

اختصاصية في أمراض الغدد - داء السكري  
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي  
ابن رشد

Nom : Rachid Aggadine

Berrechid, le : ٠٥٠٥٠٣

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Glycémie à jeun                   | <input type="checkbox"/> Ac anti tg   |
| <input type="checkbox"/> Glycémie poste-prandiale                     | <input type="checkbox"/> Thyroglobuline ultra sensible                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> HbA1c                             | <input type="checkbox"/> A c anti tpo   |
| <input type="checkbox"/> Triglycérides                                | <input type="checkbox"/> Ac anti récepteur TSH us                                   |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol HDL                              | <input type="checkbox"/> Cortisol libre urinaire 24h                                |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol LDL                              | <input type="checkbox"/> Corlisomie 8h  |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol Total                            | <input type="checkbox"/> ACTH   |
| <input type="checkbox"/> Urée   | <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> LH                            |
| <input type="checkbox"/> Crétatine                                    | <input type="checkbox"/> Testosteronémie  |
| <input type="checkbox"/> Rapport Alb / creat urinaire                 | <input type="checkbox"/> Oestradiol   |
| <input type="checkbox"/> Protéinurie 24h                              | <input type="checkbox"/> 17 OH progesterone matin                                   |
| <input type="checkbox"/> ECBU   | <input type="checkbox"/> Dérivés méthoxylés sur urines de 24h                       |
| <input type="checkbox"/> ASAT / ALAT / GGT                            | <input type="checkbox"/> IGF1   |
| <input type="checkbox"/> Sérologie HV <sub>b</sub> et HV <sub>c</sub> | <input type="checkbox"/> Ca <sup>2+</sup> <input type="checkbox"/> Ph <sup>2+</sup> |
| <input type="checkbox"/> NFS - PQ                                     | <input type="checkbox"/> ALB  |
| <input type="checkbox"/> Uricémie                                     | <input type="checkbox"/> Parathormone   |
| <input type="checkbox"/> CRP  | <input type="checkbox"/> Autre.....   |
| <input type="checkbox"/> PSA  | .....   |
| <input type="checkbox"/> 21 OH vit D2- D3                             |   |
| <input type="checkbox"/> TSH us                                       |   |
| <input type="checkbox"/> T <sub>3</sub> libre                         |   |
| <input type="checkbox"/> T <sub>4</sub> libre                         |   |
- LABORATOIRE SEKKAT  
D'Analyses Médicales  
Dr. SEKKAT Med  
Lot EL Youssef II N° 12 Berrechid
- Dr. KAIÐI FATIMA ZAHRA  
Endocrinologie Diabétologie  
et Maladies Métaboliques  
Tel: 05 22 32 43 39



# Laboratoire Sekkat d'analyses médicales

Docteur Mohamed Sekkat  
Médecin Biologiste en analyses médicales

Adresse : N°12 Lot. El Yousser II, intersection rue Mohamed V et rue  
Meqawama, à coté de BMCE bank, Berrechid  
Tél. : 05 22 51 77 81 / Email : laboratoiresekkat@gmail.com  
Urgences : 06 25 63 42 71

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -  
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

## Facture

N° facture : 2023-05324

Patient : Mr RACHID Azzeddine

Édité le : 05/05/2023

Date prélèvement : 05/05/2023

Analyses	Valeur en B	Montant
Glycémie à jeun	30	30,00
Hémoglobine glyquée ( HbA1C )	100	100,00
<b>Total B</b>	130	130,00
<b>APB</b>	1,0	0,00
<b>Total de Remise effectuée</b>		50,00
<b>Total</b>		80,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Quatre-vingt dirhams\*\*\*

LABORATOIRE SEKKAT  
D'Analyses Médicales  
Dr. SEKKAT MEL  
Lot EL Yousser II N° 12 Berrechid