

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>11463</u>	Société : <u>Royal air maroc</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>DATHBI KAMAL</u>	
Date de naissance : <u>14-07-1975</u>	
Adresse : <u>Layali 2 Bd. A. EL KHATIB App 119 app 08 ren etage</u>	
Tél. : <u>0564766475</u> Total des frais engagés : <u>1300000000</u> Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/08/2021

Nom et prénom du malade : Dathbi Kamal Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : IRM

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

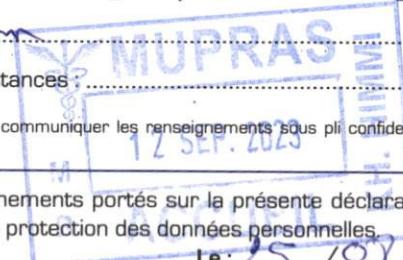
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : RCNE CHD

Le : 15/07/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
25/08/23	LN	110,00	110,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/8/13	2 15	180,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

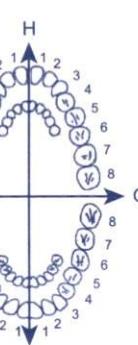
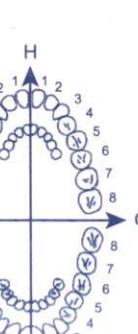
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D		B	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

Dr. Ali AZZAOUI

Diplômé d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)
de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE
RADIOLOGIE GENERALE — MAMMOGRAPHIE
ECHOGRAPHIE-DOPPLER COULEUR — RADIO-PEDIATRIE
PANORAMIQUE DENTAIRE — TELE CRANE 4M

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)
DE MONTPELLIER
Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de
MILLAU (FRANCE)

Berrechid, le : 25/8/29 برشيد، في :



الدكتور علي عزاوي

إختصاصي في التشخيص الطبي
بالأشعة والإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)
طبيب سابق بالمستشفيات
الجامعة بمونبولي

Nom et Prénom : DAHBI MERYEM

Examen Pratiqué : Poumon Face

Cher confrère

Merci de la confiance que vous nous témoignez

COMPTE RENDU :

- Silhouette cardio médiastinale de dimensions et de morphologie normale
- Accentuation de la trame broncho vasculaire
- Pas d'image lésionnelle pleuro parenchymateuse en foyer d'aspect évolutif décelable

CONCLUSION :

Radiographie pulmonaire sans anomalie décelable.

Confraternellement
Signé : Dr A.AZZAOUI

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

36 - 38، زنقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64



مختبر التحاليل الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

مختبر التحاليل الطبية برشيد

Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

Dr Ahlam IOURDANE

Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Biochimie - Hematologie - Sérologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie

Date du prélèvement : 25-08-2023 à 12:22
Code patient : 20220808017
Né(e) le : 25-06-2005 (18 ans)

Mlle DAHBI Meryem
Dossier N° : 20230825009
Prescripteur : Dr TAIB KARIMA



BACTERIOLOGIE-PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE-VIROLOGIE

EXAMEN PARASITOLOGIQUE DES SELLES (1er jour)

Date du prélèvement	25-08-2023
Recueil	A domicile
Aspect	Pâteuses

Examen cytologique

Cellules épithéliales	Rares.
Leucocytes	Rares.
Hématies	Quelques.
Fibres musculaires	Absence
Cristaux de Charcot-Leyden	Absence
Globules graisseux	Absence
Levures	NOMBREUSES.
Mucus	Absence

Examen parasitologique

Examen microscopique	Absence de kystes, d'oeufs et de parasites.
----------------------	---

Validé par : Dr IOURDANE AHLAM

مختبر التحاليل الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
Dr AHLEM IOURDANE
183, Boulevard Mohamed V - N° 1 - Etage 1 - Berrechid
TELEFAX : 05 22 03 04 61



مركز التشخيص الطبي بالأشعة ببرشيد
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

Dr. Ali AZZAQUI

Diplômé de la Faculté de Médecine de
MONTPELLIER - C.E.S

الدكتور علي عزاوي

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)

Compte Rendu :

RADIOGRAPHIE PULMONAIRE
SANS ANOMALIE DECELABLE

Dr. Ali Azzaoui
Rue Tarik Ibn Ziad
Centre de Radiodiagnostic
Berrechid

38 - 36، زنقة طارق ابن زياد - برشيد
الهاتف : 08 08 35 12 64 / 05 22 33 63 73
36 - 38, Rue Tarik Ibn Ziyad - Berrechid Tél.: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

RADIO DE DISTANCE

DAHBI MERYEM

مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

Dr. Ali AZZAoui

Diplômé d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)
de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE

RADIOLOGIE GENERALE — MAMMOGRAPHIE
ECHOGRAPHIE-DOPPLER COULEUR — RADIO-PEDIATRIE
PANORAMIQUE DENTAIRE — TELE CRANE 4M

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)
DE MONTPELLIER

Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de
MILLAU (FRANCE)

Berrechid, le : 25/8/23 في : برشيد،



الدكتور علي عزاوي

اختصاصي في التشخيص الطبي
بالأشعة والإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)
طبيب سابق بالمستشفيات
الجامعة بمونبولي

. Facture K93/2023

Je soussigné certifié avoir réalisé un examen

Examen pratiqué : Rx **poumon face**

Nom et prénom : **DAHBI MERYEM**

Pour la somme : 150,00DH

Cent cinquante dirhams

Centre de Radiodiagnostic Berrechid
Dr. Ali AZZAoui Berrechid
36-38, Rue Tarik Ibn Ziad 08 35 12 64
Tél : 05 22 33 63 73

Confraternellement
Signé : Dr A.AZZAOUI

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

36 - 38، زنقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

ORDONNANCE

....., Le : 25/08/23
Nom : Dabhi
Age : Dergen

Fré, Radio

polymore



Cachet

Date de prochaine visite:

CLINIQUE DE DIAGNOSTIC

Dr Ali AZZAGUI

23338, Rue Tarik Bnou Ziad Benabdellah
Tél: 05 22 33 03 73 / 08 08 35 12 34