

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

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



MUPRAS

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

220181-003

Déclaration de Maladie

N° P19- 061347

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0442 Société : RAM (57912)

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MERZAR AHMED

Date de naissance : 01.01.1944

Adresse : 396 NAWRASS DAR BOUAZZA CASA

Tél : 0671907244 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELAHMER Mohammed Fouad
Dermatologue - Vénérologue
Médecin Assermenté Près des Tribunaux
72, Rue Abdellah, Rue Prince de Guy de Dôme
Maarif - Casablanca
Tél : 05 22 99 47 36

Date de consultation : 25 JAN 2021

Nom et prénom du malade : n° MERZAR Ahmed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affect. Dermatologique

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
25 JAN 2021	CS	CS	250,00	<i>Dr. BELAHMED</i>

Dr. BELAHMED
 Dermatologue - Médecin Généraliste
 Médecin Assurimé - Médecin Tribunaux
 Rue Abd-el-Rahmane el-Maâni - Casablanca
 Tél : 05 22 99 47 36

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE</i> ROUTE D'EL JADID 140, Bd Brahim Koudan Tél: 05 22 99 28 57 45 Boulevard Bouazza	25/01/2021	181,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Laboratoire</i> N° 23 Lot. Sahara CASABLANCA Tél: 05 22 99 28 39	25/01/21	B376 + pnlut	400 DHs

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

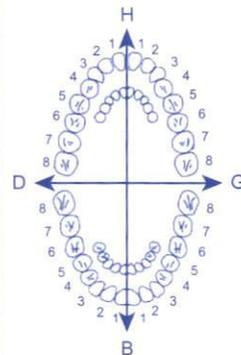
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

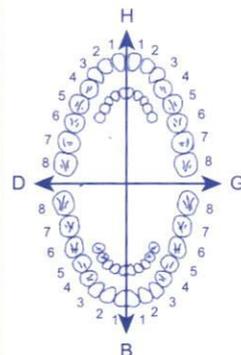


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D			B
00000000	00000000		00000000
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	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 BELAHMER Mohamed Fouad

DERMATO-VENEROLOGUE
Spécialiste des Maladie de la Peau
du Cuir Chevelu et
Des Maladies Sexuellement Transmissibles
Assermenté Auprès des Tribunaux

الدكتور بلحمر محمد فؤاد

اختصاصي في أمراض الجلد
و الشعر و الأمراض التناسلية
طبيب محلف لدى المحاكم

MR MERZAO Ahmed

Casablanca, le : 25 JAN 2021

- XYZALL cr



1 cr 2 fois par jour x 1 mois.

90,50 x 2

181,00

Dr. BELAHMER Mohammed Fouad
Dermatologue - Vénérologue
Médecin Assermenté Près des Tribunaux
72, Rue Abdellah Raji Place de Puy de Dôme
Maârif - Casablanca
Tél : 05 22 99 47 36

FRANÇOIS
D'EST JAMHO
240, Bd Brahim Roustan
Tél: 05 22 99 57 46



Place Du Puy De Dôme
Tél.: 05 22 99 47 36

72 زنقة عبد الله رجيع (بيرني سابقا) ساحة بي دو دوم
العاريف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 99 47 36

Dr BELAHMER Mohamed Fouad

DERMATO-VENEROLOGUE
Spécialiste des Maladies de la Peau
du Cuir Chevelu et
Des Maladies Sexuellement Transmissibles
Assermenté auprès des Tribunaux

الدكتور بلحمر محمد فؤاد

اختصاصي في أمراض الجلد
و الشعر و الأمراض التناسلية
طبيب محلف لدى المحاكم

Dr. BELAHMER Mohamed Fouad
Dermatologue Vénérologue
Médecin Assermenté auprès des Tribunaux
72, Rue Abdellah Rajji - Casablanca
Casablanca, le : 20/01/2024

N° MERZAQ Abouze

- Desafe des IGE totales

- SGOt - SGPT - VGT

Laboratoire Dar Bouazza
23 Lot. Sahel Dar Bouazza
CASABLANCA
Tél : 05 22 99 47 36

Dr. BELAHMER Mohamed Fouad
Dermatologue Vénérologue
Médecin Assermenté auprès des Tribunaux
72, Rue Abdellah Rajji - Casablanca
Tél : 05 22 99 47 36

Facture

N° facture : 2021-0264

Edité le : 22/01/2021 08:54:58

Patient : Mr MERZAQ Ahmed

Date prélèvement : 22/01/2021

Analyses	Valeur en B	Montant
SGOT (Aspartate Aminotransférase)	50	67,00
SGPT (Alanine Aminotransférase)	50	67,00
Gamma G.T.	50	67,00
IgE totaux	200	268,00
Total B	350	469,00
APB	25,0	25,00
Déplacement		0,00
Remise		94,00
Total		400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Quatre cent dirhams***

Laboratoire Dar Bouazza
N° 23 Lot. Sahel Dar Bouazza
CASABLANCA
Tél. 20 29 27 39



Casablanca, le 22/01/2021

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 220121-003 Pvt du: 22/01/2021 8:19

Nom : Mr MERZAQ Ahmed

Demandé par Dr : BELAHMER MOHAMED FOUAD

Page : 1/1

ENZYMOLOGIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
SGOT (Aspartate Aminotransférase)	: 11,23 UI/l	(Inférieur à 35)	19,48 (27/02/19)
SGPT (Alanine Aminotransférase)	: 8,76 UI/l	(Inférieur à 41)	9,95 (27/02/19)
Gamma G.T.	: 13,20 UI/l	(Inférieur à 55)	16,01 (27/02/19)

ALLERGOLOGIE

IgE totaux : 504,40 UI/ml

Adulte	: < 100
10 - 15 ans	: < 200
6 - 9 ans	: < 90
2 - 5 ans	: < 60
Nourrisson	: < 15
Nouveau - né	: < 1.5

Nous vous remercions de votre confiance

Laboratoire Dar Bouazza
N° 23 Lot. Sahel Dar Bouazza
CASABLANCA.
Tél. : 05 22 29 27 39

Dr. BAHRI Leyla