

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## otique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 DARBOUZZA - CASA

Tél : 0671907244 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELAHMER Mohammed Fouad  
Dermatologue - Vénérologue  
Médecin Assommoiré Près des Tribunaux  
72, Rue Abdellah, Rd. P. de l'Hay de Dôme  
Maarif - Casablanca  
Tél : 05 22 99 47 36

Date de consultation : 25 JAN 2021

Nom et prénom du malade : M. MERZAR AHMED Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 25/10/2021 | 181,00                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue                              | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 28/12/21 | B376 + pmlt                  | 400 DHs                |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

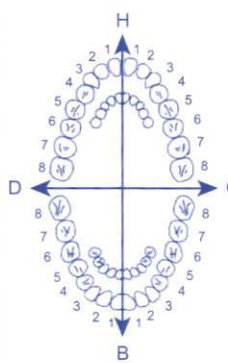
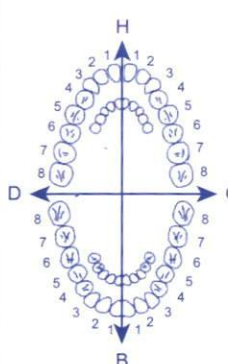
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# 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 |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

MR MERZAO Ahmed

- XYZALL cr

1 cr 2 fois par jour x 1 mois.

Casablanca, le : 25 JAN 2021



90,50 x 2

181,00

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



Place Du Puy De Dôme

Tél.: 05 22 99 47 36

72 زنقة عبد الله رجيح (بيرني سابقا) ساحة بي دو دوم

المعاريف - 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 والأمراض التناسلية  
طبيب محلف لدى المحاكم

Dr. BELAHMER Mohamed Fouad  
Dermatologue Vénérologue  
Médecin Assermenté auprès des Tribunaux  
72, Rue Abdellah Rajji - Casablanca  
Tél : 05 22 99 47 36  
Casablanca, le : 20/01/2024

N° MERZAQ Abouze

- Dosage des IGE totales

- SGOT - SGPT - VGT

Laboratoire Dar Bouazza  
23 Lot. Sahel Dar Bouazza  
CASABLANCA  
Tél : 05 22 24 17 39

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        |
| <b>Total B</b>                      | <b>350</b>  | <b>469,00</b> |
| <b>APB</b>                          | <b>25,0</b> | <b>25,00</b>  |
| <b>Déplacement</b>                  |             | <b>0,00</b>   |
| <b>Remise</b>                       |             | <b>94,00</b>  |
| <b>Total</b>                        |             | <b>400,00</b> |

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

  
Laboratoire Dar Bouazza  
N° 23 Lot. Sahel Dar Bouazza  
CASABLANCA  
TEL: 20 22 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