

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-583839

83359

Autres



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

Maladie

Dentaire

Optique

Matricule : 03611

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BASSIME AHMED

Date de naissance : 25-11-1962

Adresse : Résidence ALWAHDA, 8<sup>e</sup> Med J, BERRECHID

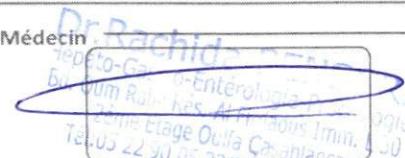
Tél. : 0673417452

Total des frais engagés : 1760,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/07/2021

Nom et prénom du malade : BASSIME AHMED

Age:

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Troubles digestifs

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 : 23/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

09 SEP 2021

BERRECHID

## **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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 2010-7-13       | (C2)              |                       | 3000 Dhs.                       | INF : 90039099   |
|                 |                   |                       |                                 | RE: 05-22-2010 RES. AL FAYAD                                   |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <br><i>M</i> | 01/07/21 | 110,90                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue   | Date     | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|-----------------------------|------------------------|
| LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AACHAOUIA<br>Dr. FEKKAK Mokhtar<br>Lot. Al Yousr 91 Bd. Med V.<br>Berrechid - Tél.:0522 32 51 66 | 26/02/21 |                             | 760,00                 |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées  | Nature des Soins          | Coefficient               | INP : <input type="text"/>                          |
|------------------------------|---|---------------------------|---------------------------|---|
|                              |   |                           |                           | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |
|                              |   |                           |                           | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |
|                              |   |                           |                           | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>       |
|                              |   |                           |                           | <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                           |                           | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |
|                              | H<br>25533412<br>00000000   | G<br>21433552<br>00000000 | B<br>35533411<br>11433553 | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |
|                              | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession |                           |                           | <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>           |
|                              |   |                           |                           | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>     |

Hépato - Gastro  
Entérologie - Proctologie  
(Hémorroïdes - Fistule  
- Fissure...)

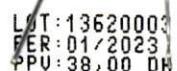
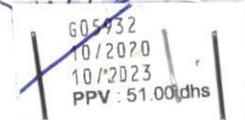
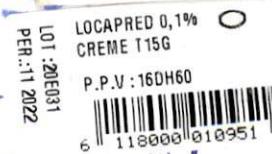
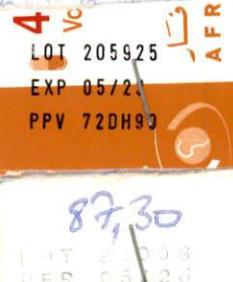


اختصاصي في أمراض  
الجهاز الهضمي  
الكبد، جراحة البواسير  
وأمراض المخرج

Casablanca, le :

01/07/2021

BASSINE AH Med

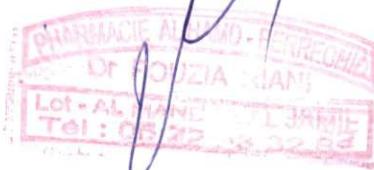


Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Seroplex 10mg cp sec b28  
P.P.V : 240,00 DH

6 118001 184989

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Seroplex 10mg cp sec b28  
P.P.V : 240,00 DH

6 118001 184989



Hépato - Gastro  
Entérologie - Proctologie  
(Hémorroïdes - Fistule  
- Fissure...)



اختصاصي في أمراض  
الجهاز الهضمي  
الكبد، جراحة ال بواسير  
وأمراض المخرج

**LABORATOIRE D'ANALYSES**  
MEDICALES LA CHAOUIA  
Dr. FEKKAR Mokhtar  
Lot. Al Yousr 9/2 Bd. Med V  
Berrechid - Tél.: 0522 32 51 66

Dr. Rachida  
Hépato-Gas-  
o-Entérologie-  
Proctologie  
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaus Imm. L 30  
2ème Etage Oufa Casablanca  
Tél: 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

Casablanca, le: 01/07/2021  
B.P 557 n° 21  
Dr. Rachida  
Hépato-Gas-  
o-Entérologie-  
Proctologie  
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaus Imm. L 30  
2ème Etage Oufa Casablanca  
Tél: 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

Dr. Rachida  
Hépato-Gas-  
o-Entérologie-  
Proctologie  
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaus Imm. L 30  
2ème Etage Oufa Casablanca  
Tél: 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

Dr. Rachida  
Hépato-Gas-  
o-Entérologie-  
Proctologie  
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaus Imm. L 30  
2ème Etage Oufa Casablanca  
Tél: 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LA CHAOUIA

Dr. Mokhtar FEKKAR

Médecin Biologiste



# مختبر الشاوية للتحاليلات الطبية

الدكتور فكار المختار

طبيب اختصاصي في التحاليلات الطبية

## NOTE D'HONORAIRES

Date : 26/07/2021

Réf. : 1GZH3714

Analyses effectuées le: 26/07/2021

Nom et Prénom : Mr. BASSIME AHMED

Préscripteur :

Code : 1FK9129



| Libellé | Nombre de B |
|---------|-------------|
| T RES   | 650         |
| TRI     | 60          |

Cotation en B : 710

Montant Net : 760.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SEPT CENT SOIXANTE Dhs 00 Cts

## LABORATOIRE D'ANALYSES

MEDICALES LA CHAOUIA

Dr. FEKKAR Mokhtar

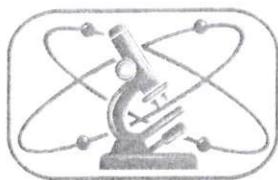
Lot. Al Yousr 9/2 Bd. Med V

Berrechid - Tél.: 0522 32 51 66

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LA CHAOUIA

Dr. Mokhtar FEKKAR

Médecin Biologiste



# مختبر الشاوية للتحليلات الطبية

الدكتور فكار المختار

طبيب اخصاصي في التحاليل الطبية

Prélèvement du : 26/07/2021      Heure : 08:37  
Edition du : 27/07/2021  
Référence : 10726NC0256  
Matricule : NC

Code Patient 1FK9129      du : 26/07/2021  
MR BASSIME AHMED  
Médecin: Dr.

## Test Respiratoire à l'Urée Marquée au C13 (Spectrométrie IR-Force 200)

Résultat T30-T0 :

0.10  
Négatif

U/1000

(Spectrométrie IR-Force 200)

Valeur seuil : 4 U/1000

## BIOCHIMIE

Analyses

Résultats

Normes

Antécédents

Triglycérides..... 1.14      soit..... 1.30      g/l      (0.5 à 1.5)  
mmol/l

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES LA CHAOUIA  
Dr. FEKKAR Mokhtar  
Lot. Al Yousr 9/2 Bd. Med V  
Berrechid - Tél.: 0522 32 51 66