

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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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

Déclaration de Maladie

N° W19-583839

83359

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03611 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BASSIME AHMED

Date de naissance : 25-11-1962

Adresse : Résidence ALWAHDA, 8ème Méd T, BERRECHID

Tél. : 0873417452 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 :

Trouble digestif

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) :

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
01/07/21	(c9)		300 Dh	INF : 91039099

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. FOUAD JAMIL Tél : 05 22 53 32 82	01/07/21	710,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LA CHAOUIA Dr. FEKKAR Mokhtar Lot. Al Youssr 911 Bd. Med. V Berrechid - Tél.: 0522 32 51 66	26/07/21		760,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Rachida BENSCRI

الدكتورة رشيدة بن سكري

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

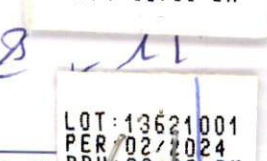
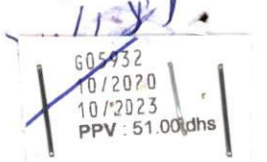


اختصاصي في أمراض
الجهاز الهضمي
الكبد، جراحة البواسير
وأمراض المخرج

Casablanca, le :

21/07/2021

BASSE AHMED



Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous, Imn L 30 - 2ème Étage - Oulfa
Casablanca - Tél. : 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

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



2x240,5 Seroplex
710,90

Dr. Rachida BENScri

الدكتورة رشيدة بن سكري

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



اختصاصي في أمراض
الجهاز الهضمي
الكبد، جراحة البواسير
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

Casablanca, le :

28/07/2018

BASSAM EL KASSAB

Tel requête : 1001

Dr. Rachida BENScri
Hépto-Gastro-Entérologie-Proctologie
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous Imm. L 30
2ème Étage Oulfa
Tél: 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

Dr. Rachida BENScri
Hépto-Gastro-Entérologie-Proctologie
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous Imm. L 30
2ème Étage Oulfa Casablanca
Tél: 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34



NOTE D'HONORAIRES

Date : 26/07/2021

Réf. : 1GZH3714

Analyses effectuées le: 26/07/2021

Nom et Prénom : Mr. BASSIME AHMED

Prescripteur :

Code : 1FK9129



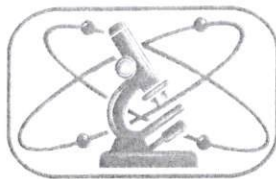
Libellé	Nombre de B
T RES	650
TRI	60

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



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** U/1000
Négatif

(Spectrométrie IR-Force 200)

Valeur seuil : **4 U/1000**

BIOCHIMIE

Analyses

Résultats

Normes

Antécédents

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

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES LA CHAOUIA
Dr. FEKKAR Mokhtar
Lot. Al Yousr 9/2 Bd. Med V
Berrechid - Tél.: 05 22 32 51 66