

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 canaux, 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 canaux.

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

Déclaration de Maladie

N° W21-648734

86104

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **WASSIME 03611**

Société : **RAM**

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **BASSIME AHMED**

Date de naissance : **25-11-1962**

Adresse : **Résidence EL WAHDA, BERRECHID**

Tél. : **0673717452**

Total des frais engagés : **550,00**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BELQADI Faouzi
Spécialiste O.R.L.
119, Bd. Bir Anzarane - Maârif
Tél. : 05 22 23 84 84
05 22 98 14 67

Cachet du médecin :

Date de consultation : **23 SEP. 2021**

Nom et prénom du malade : **BASSIME AHMED**

Age : **59 ans**

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection ORL

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 : **29/09/2021**

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
23 SEP. 2021	G	25907		INP: 091019448 Dr. BELQADI Faouzi Spécialiste O.R.L. 119, Bd. Bir Anzarane - Maârif Tél.: 05 22 23 34 84 05 22 53 14 67

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL HANO - BERRECHID Dr. FOUZIA RIANI Lot - AL MANDAR AL JAMIL Tél : 05 22 53 32 82	23.09.21	120,90

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 Yousr 9/2 Bd. Méd V Berrechid - Tél.: 05 22 32 51 66	23/09/21		180,00

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 :

Veuillez 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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز بئر أنزران لأمراض الأذن والأنف والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقويم الدوار والصمك والشخير
Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-maxillo-Faciale
Exploration des Vertiges et de la Surdité

Dr. Faouzi BELQADI

- CES D'ORL
- NEZ - GORGE - OREILLE
- Chirurgie Cervico - Maxillo - Faciale
- Vertige Ronflement
- Médecin Fédéral de la FFESSM



الدكتور فوزي بلقاضي

إختصاصي في أمراض الأذن الأنف
و الحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك
و تقويم الدوار والصمك والشخير
طبيب الجامعة الفرنسية للقطس
و الرياضات المائية

CASABLANCA LE

23/09/2021

Monsieur BASSIME Ahmed

044T6800
04/2025
49DH60

FELDENE fast BOITE DE 10

2 comprimés par jour en une seule prise en sublingual pendant 2 jours , puis 1
comprimé par jour pendant 6 jours

TANAKAN

1 comprimé 3 fois par jour pendant 1 mois

71,30 |



Dr. BELQADI Faouzi
Spécialiste O.R.L
119, Bd. Bir Anzarane - Maârif
Tél : 05 22 23 84 84
05 22 98 14 67

مركز بئر أنزران لأمراض الأذن والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقويم الدوار والصمك والشخير
Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-maxillo-Faciale
Exploration des Vertiges et de la Surdité

Dr. Faouzi BELQADI

- CES D'ORL
- NEZ – GORGE – OREILLE
- Chirurgie Cervico – Maxillo – Faciale
- Vertige Ronflement
- Médecin Fédéral de la FFESSM



الدكتور فوزي بلقاضي

إختصاصي في أمراض الأذن الأنف
و الحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك
و تقويم الدوار والصمك والشخير
طبيب الجامعة الفرنسية للقطس
و الرياضات المائية

CASABLANCA LE

23/09/2021

Monsieur BASSIME Ahmed

FAIRE PRATIQUER SVP:

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES LA CHAOUIA
Dr. FEKKAR Mokhtar
Lot. Al Youssr 9/2 Bd. Med V
Berrechid - Tel.: 05 22 32 51 63

- CHOLESTEROL TOTAL -LDL HDL

- TRIGLYCERIDES

Dr. BELQADI Faouzi
Spécialiste O.R.L.
119, Bd. Bir Anzarane - Maârif
Tél : 05 22 23 84 84
05 22 98 14 67



NOTE D'HONORAIRES

Date : 24/09/2021

Réf. : 1IXH4515

Analyses effectuées le: 24/09/2021

Nom et Prénom : Mr. BASSIME AHMED

Préscripteur : BELQADI FAOUZI

Code : 1FK9129



Libellé	Nombre de B
CHOL	30
HDL	40
LDL	40
TRI	60

Cotation en B : 170

Montant Net : 180.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
CENT QUATRE VINGT Dhs 00 Cts

**LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES LA CHAOUIA**
Dr. FEKKAR Mokhtar
Lot. Al Yousr 9/2 Bd. Med V
Berrechid - Tél.: 05.22.32.51.66

**LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES LA CHAOUIA**

Dr. Mokhtar FEKKAR

Médecin Biologiste

**مختبر الشاوية
لتحليلات الطبية**

الدكتور فكار المختار
طبيب اختصاصي في التحليلات الطبية

Prélèvement du : 24/09/2021

Heure : 08:45

Edition du : 24/09/2021

Référence : 10924NC0647

Matricule :

NC



Code Patient **1FK9129**

du : 24/09/2021

MR BASSIME AHMED

Médecin: Dr. BELQADI FAOUZI

BIOCHIMIE

Analyses	Résultats		Normes	Antécédents
Cholestérol total.....	1.66	g/l	< 2.00	1.40 (29/03/21)
soit.....	4.28	mmol/l		3.61 (29/03/21)
Cholestérol HDL.....	0.35	g/l	sup à 0.40	0.40 (21/05/19)
soit.....	0.90	mmol/l		
RAPPORT CHOL.T/ HDL	4.74		< 5.00	
Cholestérol LDL.....	1.13	g/l	(< 1.60)	1.08 (21/05/19)
soit.....	2.92	mmol/l		2.79 (21/05/19)
Triglycérides.....	0.96	g/l	(0.5 à 1.5)	1.14 (26/07/21)
soit.....	1.09	mmol/l		

Fr

Lotissement Al Youssr 9/2 Bd Mohammed V - Berrechid

تجزئة اليوسر 9/2 - شارع محمد الخامس - برشيد

Tél : 05.22.32.51.66 - Fax : 05.22.32.51.69 - E-mail : labochaouia@gmail.com

INP : 003002500 • Patente : 40700701 - IF : 05271435 • ICE : 0011001200000000