

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Assurance en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° W21-633062

9896



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule:

12294

Société:

12294 RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom :

MERNISSI REDA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

1mernissi@royairmaroc.com

300 + 140 + 170 + 460
Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. TAHIRI Fayçal
Médecine Interne
Dilar Andalous Jasmine 4
4ème, Etage N° 16
Tél: 0522 59 21 18 - 06 61 25 67 56

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :

Date de consultation :

09/09/2021
MERNISSI REDA

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/09/2021

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
01/09/21	Consultation		300,000 Dhs	INP : 09112620613 Dr. TAHIRI Faouzi, Médecin Interne Andalous Jasmine 4 Etage N° 16 Tel: 06 12 59 21 18 - 06 61 25 67 56
21/10/21	Contrôle			Dr. TAHIRI Faouzi, Médecine Interne Andalous Tel: 06 12 59 21 18 - 06 61 25 67 56

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	03/09/18	110,-20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Laboratoire d'analyse et de radiologie Tél.: 0322 78 13 07	09/09/21	B 1300 Non facturé	170.00 € HT 460.00 Dhs INPE: 09063728

AUXILIAIRES MEDICAUX

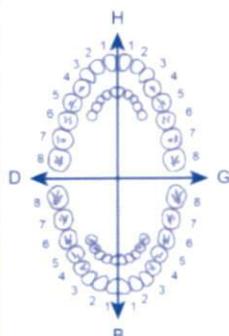
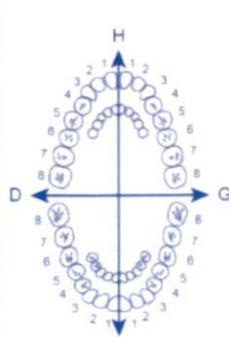
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []															
				MONTANTS DES SOINS []															
				DEBUT D'EXECUTION []															
				FIN D'EXECUTION []															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G			00000000	00000000		35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS []
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
G																			
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
				DATE DU DEVIS []															
				DATE DE L'EXECUTION []															

Docteur Fayçal TAHIRI

Diplômé de l'Université de New York
Spécialiste en médecine Interne
Gérontologie
Médecine préventive



الدكتور فيصل الطاهري

خريج كلية الطب بنيويرك
أخصائي الامراض الباطنية
طب الشيخوخة
الطب الوقائي

PT210909111859

09 septembre 2021

Mr. MERNISSI Reda

1/ COLCHICINE 0.6 mg

2 Comprimés en une prise le premier jour , puis 1 h après 1 comprimé
ensuite à partir du deuxième jour 1 comprimé 2 fois par jour pendant 7 jours

2/ MAXILASE 3000 CPS

1 comprimé 3 fois par jour pendant 3 semaines

3/ DIVIENOL 50 MG

1 COMPRIME 2 FOIS PAR JOUR SI DOULEURS

4/ ANTINOREX 4 MG CPS

1 comprimé Midil 1 heure avant le repas pendant 3 mois

5/ Oscillocomatum

1 comprimé 3 fois par jour pendant 3 jours

ANTINOREX®

PPV 17DH10

30 comprimés

EXP 02/2024
LOT 0002 6

BOTTU SA
PPV : 71 DH 50

PPV : 51,40 DH

Dr. TAHIRI Fayçal
Médecine Interne
Diar Andalous Jasmine 4
4ème, Etage N° 16
TÉL: 0522 59 21 18 - 06 61 25 67 56

الاندلس 3، عمارة ياسمين، 4، الطابق 4، الشقة 16 بوسكورة - الدار البيضاء

Andalous III, Imm jasmine 4, Etage 4,Appart N° 16, Bouskoura-casablanca Fix : 05 22 592 118/Tél.: 06 61 256 756 (urgence)

Gmail : drfaycaltahiri@gmail.com - ICE : 00283337700005 - INPE : 091262063

Docteur Fayçal TAHIRI

Diplômé de l'Université de New York

Spécialiste en médecine Interne

Gérontologie

Médecine préventive



الدكتور فيصل الطاهري

خريج كلية الطب بنيوورك

أخصائي الامراض الباطنية

طب الشيدوحة

الطب الوقائي

le 21/09/21

Dr Yemjih Reda

Radio du med droit et med
gauche face et profil.

Dr. TAHIRI Fayçal
Médecine Interne
Diar Andalous Jasmine 4
Nème, Etage N° 16
Tel: 0522 59 21 18 - 06 61 25 67 56

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Service Imagerie Médicale

الاندلس 3، عمارة ياسمين، 4 الطابق، الشقة 16 بوسكورة - الدار البيضاء

Andalous III, Imm jasmine 4, Étage 4, Appart N° 16, Bouskoura-casablanca Fix : 05 22 592 118/Tél.: 06 61 256 756 (urgence)

Gmail : drfaycaltahiri@gmail.com - ICE : 002833377000005 - INPE : 091262063

د.تازی ريفي مريم

Dr. TAZI RIFFI Meryem

Médecin Biologiste

Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie de Casablanca

Analyses médicales

Analyses spécialisées

Biologie de la reproduction

CASABLANCA le: 09/09/2021

FACTURE N° 0910/21

Médecin	Docteur TAHIRI FAYÇAL
Nom du patient	MR MERNISSI REDA
Date de prélèvement	09/09/2021
Examens	- AU- CRP
Cotation	B 130
Montant	170,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS

BIOANDALOUS
Laboratoire d'analyses
médicales
Tél.: 0522 78 13 07

RC: 490291 -- IF: 48585054 -- CNSS: 2428499 -- ICE: 002739846000044 -- INPE: 093063840

Docteur Fayçal TAHIRI

Diplômé de l'Université de New York
Spécialiste en médecine Interne
Gérontologie
Médecine préventive



الدكتور فيصل الطاهري

خريج كلية الطب بنيوبارك
أخصائي الامراض الباطنية
طب الشيخوخة
الطب الوقائي



PT210909111859

09 septembre 2021

Mr. MERNISSI Reda

Cher Confrère,

Merci de bien vouloir réaliser les examens suivant :

Acide Urique
CRP

Centre ANDALOUS
Laboratoire d'analyses
Tél.: 0522 78 13 07

Dr. TAHIRI Fayçal
Médecine Interne
Diar Andalous Jasmine 4
4ème, Etage N° 16
Tél: 0522 59 21 18 - 06 61 25 67 56

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2100187333

F A C T U R E

N° **12 228 / 2021** du **22/09/2021**

Nom patient : **MERNISSI REDA**

Entrée **22/09/2021**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **22/09/2021**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Supplement pour incidence radiographique	2.00	K	50.00	100.00
Radiographie du pied	2.00	K	180.00	360.00
			Sous-Total	460.00
Total Frais Clinique				460.00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> QUATRE CENT SOIXANTE DIRHAMS	Total	460.00

	Espèces			Total encaissé	Solde
Encaissements	460.00			460.00	0.00



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



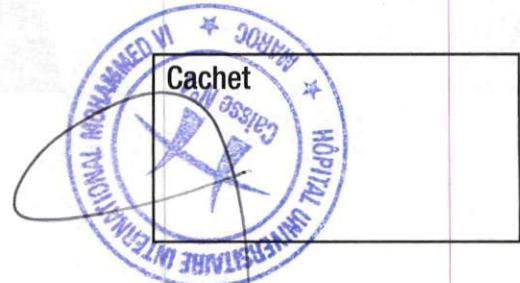
QUITTANCE - PAIEMENT ESPÈCES

IPP :

N° d'admission : 2100187333

Montant : 460,00 Dh

Patient : Mennini Reds



Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309
Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax : +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79 : www.hm6.ma

Nom du patient: REDA MERNISSI
Type d'examen: Radiographie des deux pieds F /P

Date: 22/09/2021

Résultat :

- Absence d'anomalie focale suspecte de la trame osseuse.
- Intégrité des corticales.
- Respect de la congruence articulaire.
- Absence d'anomalie des parties molles.
- Absence de visualisation d'épine calcanéenne.

DR.BOUKNANI N

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. Assistant BOUKNANI Nawal
Radiologie
021246434

د.تازى ريفي مريم

Dr. TAZI RIFFI Meryem

Médecin Biologiste

Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie de Casablanca

Analyses médicales
Analyses spécialisées
Biologie de la reproduction

Prélèvement du : 09/09/2021 à 12:39

Résultats édités le: 09/09/2021



Prescripteur: Docteur TAHIRI FAYÇAL

MR MERNISSI REDA

Dossier N° 21I133

Page: 1/1

BIOCHIMIE SANGUINE
(Sur Automate INDIKO PLUS)

ACIDE URIQUE.....: 72,00 mg/l
(Technique enzymatique - Uricase -) 428,40 µmol/l 35,00 à 72,00 mg/l
208,25 à 428,40 µmol/l

Recommandations chez un patient goutteux : taux d'acide urique inférieur à 60 mg/L.
(American College of Rheumatology)

C- REACTIVE PROTEINE: CRP.....: 6,4 mg/l (*) < 5,00 mg/l
(Technique : Immunoturbidimétrie)

Total de pages: 1

BIOANDALOUS
Laboratoire d'analyses
N° 21I1307

Casablanca, le 31/12/2021

A l'attention de Monsieur
AIT TALEB Directeur MUPRAS

Objet: Dérogation de feuille

de soin du 03/09/2021

Monsieur,

Je vous prie de bien vouloir accepter ma demande de remboursement

de la feuille de soin W21.633062

ci-joint.

Mes salutations

