

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° W21-773232

par courriel

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

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **143757**

Matricule : **01083** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **Ouakkas Brahim**

Date de naissance : **01-06-46**

Adresse : **Rue CHAKIB ARSLAN RUE MOULOUIA CHAMPS DE COURSE FES**

Tél. : **0666135753** Total des frais engagés : **733,30** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Fouad SKALI HOUSSEINI
Gastroentérologie - Proctologue
Rés. Karima Rue 16 Novembre - FES
0535 05 46 60/0661 35 30 41

Cachet du médecin :

Date de consultation : **30/11/22**

Nom et prénom du malade : **Ouakkas Brahim** Age :

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

Nature de la maladie : **Affection digestive chronique**

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) :

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
30/11/12	G	1	= 300 000	
142043264				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOULAY SLIMANE Moulay Slimane Fè Saint Ketta 95 65	03/12/2022	133,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients
<i>[Signature]</i>	30/11/22	B.S.

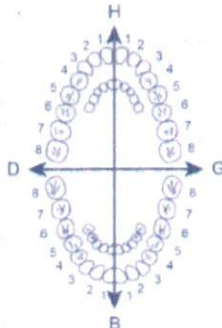
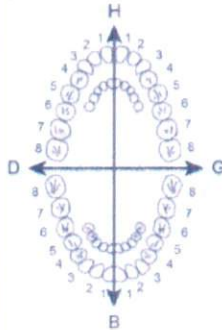
[illegible]

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE GASTRO-ENTEROLOGIE ET DE CHIRURGIE DE L'ANUS

Docteur Fouad SKALLI HOUSSAINI

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Toulouse - France

Spécialiste des Maladies
de L'appareil Digestif

(Estomac - Intestins - Foie - Vésicule Biliare
Pancréas) et de la CHIRURGIE ANALE
(Hémorroïdes - Fissure - Fistule ..)

Endoscopie Digestive - Echographie
Rayons Infra Rouges

Ancien Attaché aux Hôpitaux de France

Membre de la Société Française
de Gastroentérologie

Expert Assementé Près les Tribunaux

الدكتور فؤاد الصقلي الحسيني

(خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا)

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

المعدة - الكبد - المرارة - البانكرياس

وجراحة المخرج البروتكتولوجية

(البواسير - التفلج - الناسور)

الكشف بالشعاع الداخلي

التشخيص بالأمواج الصوتية

الأشعة تحت الحمراء

ملحق سابقا بمستشفيات فرنسا

عضو في الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي

محلف لدى المحاكم

Fès, le

30/11/92

فاس في

D^r OUARKAS Brahim

1) NFS - + ploy

2) uree, créa, glycémie d'jeun

3) T.P, T.C.K.

Fouad SKALLI HOUSSAINI
Gastroentérologie - Proctologue
Rés. Karima Rue 16 Novembre - FES
Tél. : Cab. : 05 35 65 46 60 - العيادة : Dom : 05 35 62 24 36 - هاتف المنزل : GSM : 06 61 35 30 41 - المتنقل : 05 35 65 46 60

إقامة كريمة - زنقة 16 نونبر الطابق الأول (مقابل موقف السيارات خلف السوق المركزي) فاس

Résidence Karima - Rue 16 Novembre - 1er étage (en face du parking derrière marché centrale) V.N. - Fès

Tél. : Cab. : 05 35 65 46 60 : العيادة : Dom : 05 35 62 24 36 : هاتف المنزل : GSM : 06 61 35 30 41 : المتنقل : 05 35 65 46 60

E-mail : skallidoc@hotmail.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL-FATH

Dr. TRODO MINA

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - MONTPELLIER

Pharmacienne - Biologiste

C.E.S. : Bactériologie et Virologie clinique
Hématologie - Immunologie
Parasitologie - Pathologie Médicale

مختبر التحليلات الطبية الفتح

الدكتورة اطرود مينة

خريجة كلية الطب والصيدلة بمونبيلي

صيدلية - إحيائية

اختصاصية في: علم الأحياء الدقيقة والكيمياء الحيوية
علم أمراض الدم - علم المناعة
علم الطفيليات - علم المؤثرات الطبية

N° de Patente: 13204924 R.C: 28156 CNSS: 2217108

INP: 143000644 ICE: 001637630000082 IF: 15511110

Facture 08B6532

Analyses effectuées le: 30/11/2022

Pour.....: **Mr. OUAKKAS BRAHIM**

Sur prescription du: Dr SKALLI F

Code.....: 08B6532



Organisme.....:

Analyses:

NFS TP TCK GLY UREE CREAT

Cotation : (B 180)

Montant Net : 300.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

TROIS CENTS Dhs 00 Cts

Tel : 05 35 93 00 56 / GSM : 06 61 25 23 05
Im. Belghazi, Bd. Abdelali Bencheikroun 2ème Etg.
Dr. TRODO MINA
AL FATH
Laboratoire d'Analyses Médicales

Tél & Fax : 05 35 93 00 56 - G.S.M : 06 61 25 23 05

عمارة بلغازي (الطابق الثاني) شارع عبد العالي بنشقرن مقابل إقامة الشحمي - فاس المدينة الجديدة - FES V.N Rés. CHAHMI - Im. Belghazi (2ème Etage) Bd. Abdelali Bencheikroun en face

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL-FATH

Dr. TRODO MINA

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - MONTPELLIER

Pharmacienne - Biologiste

C.E.S. : Bactériologie et Virologie clinique
Hématologie - Immunologie
Parasitologie - Pathologie Médicale

مختبر التحليلات الطبية الفتح

الدكتورة اطرود مينة

خريجة كلية الطب والصيدلة بمونبيلي

صيدلية - إحيائية

اختصاصية في: علم الأحياء الدقيقة والكيمياء الحيوية
علم أمراض الدم - علم المناعة
علم الطفيليات - علم المؤثرات الطبية

N° de Patente: 13204924 R.C: 28156 CNSS: 2217108
INP: 143000644 ICE: 001637630000082 IF: 15511110

Référence : 21130927

30/11/2022

Mr. OUAKKAS BRAHIM

Médecin: Dr. SKALLI F

P

Prélèvement du : 30/11/2022



08B6532

EXAMENS DE SANG HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE

Globules rouges.....:	5.55	M/mm3	Homme (4.0 - 5.4)
Hemoglobine.....:	16.8	g/100 ml	(13 - 15.5)
Hematocrite.....:	48.2	%	(40 - 50)
V.G.M.....:	87	μ3	(80 - 95)
T.C.M.H.....:	30	pg	(27 - 32)
C.C.M.H.....:	34.9	%	(32 - 36)
Plaquettes.....:	240000	/mm3	(150.000 - 400.000)
Globules blancs.....:	8700	/mm3	(4.000 - 10.000)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles:	67	%	(50-75)
soit.....:	5829	/mm3	(2000 - 7500)
Polynucléaires Eosinophiles:	2	%	(0-4)
soit.....:	174	/mm3	(< 400)
Polynucléaires Basophiles...:	0	%	(0-1)
soit.....:	0	/mm3	(< 100)
Lymphocytes.....:	25	%	(25-35)
soit.....:	2175	/mm3	(1500 - 4000)
Monocytes.....:	6	%	(2-8)
soit.....:	522	/mm3	(100 - 800)
AU TOTAL.....:	100		

Tél & Fax : 05 35 93 00 56 - G.S.M : 06 61 25 23 05

Im. Belghazi (2ème Etage) Bd. Abdelali Bencheikroun en face Rés. CHAHMI - FES V.N المدينة الجديدة - شارع عبد العالي بنشكرون مقابل إقامة الشحي - عمارة بلغازي (الطابق الثاني) 05 35 93 00 56 / GSM: 06 61 25 23 05

مختبر التحليلات الطبية
Laboratoire d'Analyses Médicales
AL FATH
Dr. TRODO MINA
Belghazi, Bd. Abdelali Bencheikroun 2ème Etage
05 35 93 00 56 / GSM: 06 61 25 23 05

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL-FATH

Dr. TRODO MINA

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - MONTPELLIER

Pharmacienne - Biologiste

C.E.S. : Bactériologie et Virologie clinique
Hématologie - Immunologie
Parasitologie - Pathologie Médicale

مختبر التحاليل الطبية الفتح

الدكتورة اطرود مينة

خريجة كلية الطب والصيدلة بمونبيلي

صيدلية - إحيائية

اختصاصية في: علم الأحياء الدقيقة والكيمياء الحيوية
علم أمراض الدم - علم المناعة
علم الطفيليات - علم المؤثرات الطبية

N° de Patente: 13204924 R.C: 28156 CNSS: 2217108
INP: 143000644 ICE: 001637630000082 IF: 15511110

Référence : 21130927

30/11/2022

Mr. OUAKKAS BRAHIM

Prélèvement du : 30/11/2022



08B6532

Médecin: Dr. SKALLI F

P

EXAMENS DE SANG HEMOSTASE

Taux de prothrombine (Temps de quick, TP)

Temoin.....:	13"		12-14
Sujet.....:	13"		
TP.....:	100	%	70-100
INR.....:			

Temps de cephaline kaolin

Témoin.....:	30	sec
Patient.....:	30	sec

BIOCHIMIE

Glycemie	0.96	g/l	0.70 - 1.10
Soit	5.33	mmol/l	(3.8 - 6.1)
Urée.....	0.28	g/l	(0.15 - 0.50)
Soit	4.65	mmol/l	(2.5 - 7.5)
Créatinine.....	9.91	mg/l	<15

Tél & Fax : 05 35 93 00 56 - G.S.M : 06 61 25 23 05

Im. Belghazi (2ème Etage) Bd. Abdelali Bencheikroun en face Rés. CHAHMI - FES V.N المدينة الجديدة - فاس العلي بنشكرون مقابل إقامة الشحي - عمارة بلغازي (الطابق الثاني)

مختبر التحاليل الطبية
Laboratoire d'Analyses Médicales
AL FATH
Dr. TRODO MINA
Im. Belghazi, Bd. Abdelali Bencheikroun 2ème Etg.
Fes V.N - Maroc - Tél : 05 35 93 00 56 - Fax : 05 35 93 00 56 - G.S.M : 06 61 25 23 05