

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.



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

Déclaration de Maladie

M22-0005995

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2528 Société : R.A.M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : /
 Nom & Prénom : CHATOUI Baughta
 Date de naissance : 01-01-1948
 Adresse : Ain chock, Ard 8e Kheir Rue 8 N° 9
CASABLANCA
 Tél. : 06 04 80 52 07 Total des frais engagés : 2733,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp]
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : EL HASHIMI Halima Age : 67
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Douleur abdominale, Ballonnement
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : /
 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 : CASABLANCA Le : 23 / 02 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

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
23/02/23	FS		300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/02/23	1438,70 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24-02-23		995 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 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

DR. MY Abdelmajid AREZDI

Hépto-gastro-entérologue-proctologue

Echographie-endoscopie digestive

Proctologie Médico-chirurgicale
du en Homéopathie

Diplômé de la faculté de Médecine de Rabat

Ex médecin chef de service de médecine
de l'hôpital Sekkat

الدكتور مولاي عبد المجيد أرزدي

أخصائي أمراض الجهاز الهضمي

أمراض الكبد - المعدة - الأمعاء

أمراض وجراحة الشرج

الفحص بالصدى والمنظار

دبلوم جامعي في المعالجة بالأميويباتي

خريج كلية الطب بالرباط

رئيس قسم الطب بمستشفى السقط سابقا

Casablanca, le 23/02/2023

Mme EL HACHIMI Halima

180,00 x 2
274,00 x 2
176,90 x 2
1438,70
RAZON CP

1 CP AVANT PETIT DEJEUNER , pendant 6 semaines

IBS GELULES

1 GELULE AVT DEJEUNER , pendant 6 semaines

HONART GELULES

1 GELULE 2 FOIS PAR JOUR 1 MOIS PUIS 1 GELULE PAR
JOUR , pendant 1 mois

LOT : 626
PER : 10/25
PPV : 180,00 DH

LOT : 626
PER : 10/25
PPV : 180,00 DH

XXX819
EXP : 11/2025
176,90 DH

XXX819
EXP : 11/2025
176,90 DH

XXX819
EXP : 11/2025
176,90 DH

ALAOUI MOULAY ABDELMAGID
PHARMACIE MY ABDELLA
Rue 300, N° 98 - Ain Chock
Hôpital Med Sekkat - Casablanca
Tél: 05.22.21.73.64

1, Rés. Riyad Al Qods, 2^{ème} Etg
N°3 Bd, Al Qods - Casablanca
Angle Boulevard Haifa
(En face d'école bab andalous)

05 22 52 36 36
06 13 13 00 16

1. إقامة رياض القدس الطابق 2
رقم 3 شارع القدس - البيضاء
تقاطع شارع حيفا
(أمام مدارس باب الأندلس)

DR. MY Abdelmajid AREZDI

Hépatogastro-entérologue-proctologue

Echographie-endoscopie digestive

Proctologie Médico-chirurgicale

du en Homéopathie

Diplômé de la faculté de Médecine de Rabat

Ex médecin chef de service de médecine

de l'hôpital Sekkat

الدكتور مولاي عبد المجيد أرزدي

أخصائي أمراض الجهاز الهضمي

أمراض الكبد - المعدة - الأمعاء

أمراض وجراحة الشرج

الفحص بالصدى والمنظار

دبلوم جامعي في المعالجة بالأميويباتي

خريج كلية الطب بالرباط

رئيس قسم الطب بمستشفى السكاط سابقا

Casablanca, le 23/02/2023


Mme EL HACHIMI Halima

**CALCEMIE
VIT D
FERRITINE**

Dr AREZDI Moulay Abdelmajid
Hépatogastro-entérologue - Proctologue
Rés. Ryad Al Qods, GH05 min 7, 2e Etg
N° 3, Bd Al Qods - Angle Bd Haifa
Aïn Chock - CASABLANCA
Tél: 0522 52 36 36 / 06 13 13 00 16

 **LABORATOIRE AIN CHOCK**
D'ANALYSES MEDICALES
FACTURATION
Tél. : 0522 215 07

1, Rés. Riyad Al Qods, 2^{ème} Etg
N°3 Bd, Al Qods - Casablanca
Angle Boulevard Haifa
(En face d'école bab andalous)

 05 22 52 36 36
06 13 13 00 16

1. إقامة رياض القدس الطابق 2
رقم 3 شارع القدس - البيضاء
تقاطع شارع حيفاء
(أمام مدارس باب الأندلس)



Nom prénom : Mme Halima EL HACHIMI
Date de naissance : 01-01-1956
Prélèvement du : 24-02-2023 10:53
Référence : 2302242006
Prescripteur : Dr MY ABDELMAJID AREZDI

ICE : 00 17 1 39 24 00 0036



097165385

INPE : 093062529

IF : 15235587

Facture – Relevé N° : 230200224

Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
PSA	Prélèvement sang adulte	E17	E	17.00 MAD
0154	Ferritine	B250	B	335.00 MAD
0439	Vitamine D	B450	B	603.00 MAD
	Calcium	B30	B	40.20 MAD
Total				995.20 MAD

TOTAL DES B : 730
TOTAL DES HN : 0
TOTAL A PAYER : 995

 **LABORATOIRE AIN CHOCK**
D'ANALYSES MEDICALES
FACTURATION A
Tél. : 0522 215 089

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

neuf cent quatre-vingt-quinze dirhams

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.