

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

- Reclamation : 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'H
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

M23-013339

☒ 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 EL WANDA, BERRECHID
 Tél. : 0662.62.3247 Total des frais engagés : 1672,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

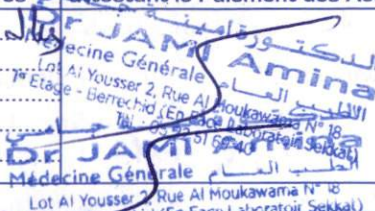
Cachet du médecin :
 Dr JAMI Amina
 Médecine Générale الطب العام
 Loc. Al Yousser 2, Rue Al Moukawama N° 18
 1^{er} Etage - Berrechid (En Face Laboratoire Sekka)
 Tél. : 05 22 51 69 46
 Date de consultation : 28/10/2023
 Nom et prénom du malade : EL HAYANI Aicha Age : 63 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection chronique - Affection aiguë
 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 : BERRECHID Le : 16/11/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° AA-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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 28/10/2023 | | | 100,00 |  |
| 31/10/2023 | | | 90,00 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 27/10/23 | 692,80 |
| | 31/10/23 | 79,50 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 30/10/23 | | 750,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

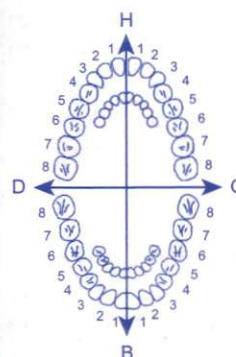
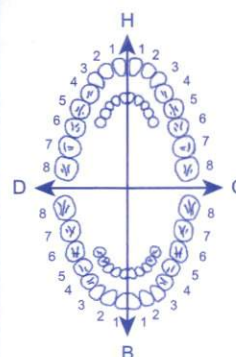
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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  <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Amina JAMI

Médecine Générale
Echographie
ECG

- DU de Gynécologie Infertilité et suivie de Grossesse de L'université de Bordeaux
- DU D'échographie
- DU de diabétologie de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat



JA

27/10/2025

الدكتورة أمينة جامي

الطب العام
الفحص بالصدى
التخطيط الكهربائي للقلب
• دبلوم أمراض النساء، العقم و متابعة الحمل
من جامعة بوردو فرنسا
• دبلوم جامعي في الفحص بالصدى
• دبلوم في أمراض السكري

LOT 22001
PER 01/25
PPV 1110H00

Mr BLAHAMANY Abdel

Lot N°
PPV
Exp
111,00

Lot N°
PPV
Exp
199,00

LOT : 5110
PER : 06 - 25
P.P.V : 58 DH 30

LOT: 220863
PER: 11/2027
PPC: 79,50DH

PPC : 134 DH 00

PHARMACIE NAJAH SA
BOUKENTER NAJA
156 Bd Mohammed
Berrechid
GSM: 05 22 33 74 04

1110002-2220
1990
5830
21 Megas
7950
31 Idriss
1340
41 Cibala
69280 1 stock (x18)

الطبيب العام
الدكتورة أمينة جامي
Lot Al Youssef 2, Rue Al Moukawama N° 18
1^{er} Etage - Berrechid (En Face Laboratoire Sektat)
Tél.: 05 22 51 69 40

الدكتورة أمينة جامي
Dr Amina JAMI
الطبيب العام
Médecine Générale
Lot Al Youssef 2, Rue Al Moukawama N° 18
1^{er} Etage - Berrechid (En Face Laboratoire Sektat)
Tél.: 05 22 51 69 40

149 زاوية شارع المقاومة وزينة خالدين الوليد حي اليسر 2 برشيد (أمام مختبر التحاليل سقاط)

الهاتف : 05 22 51 69 40

الدكتورة أمينة جامي



الطب العام
الفحص بالصدى
التخطيط الكهربائي للقلب
• دبلوم أمراض النساء، العقم و متابعة الحمل
من جامعة بوردو فرنسا
• دبلوم جامعي في الفحص بالصدى
• دبلوم جامعي في أمراض السكري
من كلية الطب و الصيدلة بالرباط

- DU de Gynécologie Infertilité et suivie de Grossesse de L'université de Bordeaux
- DU D'échographie
- DU de diabétologie de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

21/10/2023

12.31.69 40 (Generator Sekkat)
R. B. 182.200 Archa.

79,50

1/ Rectobius adult

$$1 \text{ unit} \times 29$$

PPC: 79.50dh

150-30 Mohammed V
Berrechid
SM: 05 22 33 74 04

JA

الدكتورة أمينة جامي
Dr. JAMI Amina
الطبيب العام
M. J. Youssef 2, Rue Al Moukawama N° 18
1^{er} Etage - El Baroud (En Face Laboratoire Sekkat)
Tel. : 05 22 51 69 40

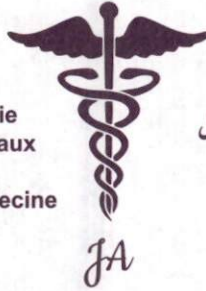
149 زاوية شارع المقاومة وزنقة خالد بن الوليد حي اليسر 2 برشيد (امام مختبر التحاليل سقاط)

الهاتف : 05 22 51 69 40 : Tél :

Dr Amina JAMI

Médecine Générale
Echographie
ECG

- DU de Gynécologie Infertilité et suivie de Grossesse de L'université de Bordeaux
- DU D'échographie
- DU de diabétologie de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat



الدكتورة أمينة جامي

- الطب العام
- الفحص بالصدى
- التخطيط الكهربائي للقلب
- دبلوم أمراض النساء، العقم و متابعة الحمل من جامعة بوردو فرنسا
- دبلوم جامعي في الفحص بالصدى
- دبلوم جامعي في أمراض السكري
- من كلية الطب و الصيدلة بالرباط

27/10/2023.

M. ELHAYANY Anas

⇒ Calprotectine fécale.

⇒ ACAT, ALAT.

LABORATOIRE D'ANALYSES
MÉDICALES LA CHAC
Dr. FEKKAR Mokhe
Lot. Al Youssef 9/2 Bd. Mohammed VI
Berrechid - Tél.: 05 22 51 69 40

الدكتورة أمينة جامي
Dr Amina JAMI
Médecine Générale
Lot. Al Youssef 9/2 rue Al Moukawana N° 18
1^{er} Etage - Berrechid (En Face Laboratoire Sekkat)
Tél.: 05 22 51 69 40



NOTE D'HONORAIRES

Date : 13/11/2023

Réf. : 23J4I23144

Analyses effectuées le: 30/10/2023

Nom et Prénom : Mme EL HAYANY AICHA

Prescripteur :

Code : 1IN2224



| Libellé | Nombre de B |
|---------|-------------|
| CALP | 650 |

Cotation en B : **650**

Montant Net : **750.00 Dh**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
SEPT CENT CINQUANTE Dhs 00 Cts**

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



Prélèvement du : 30/10/2023

Edition du : 31/10/2023

Référence : 31030NC558

Matricule :

NC

Heure : 09:23

Code Patient **1IN2224**

du : 30/10/2023

MME EL HAYANY AICHA

Médecin: Dr.



IMMUNOLOGIE

Calprotectine

< 30

µg/g de
Selles

(Immunoenzymologie (BUHLMANN))

Interprétation

< 50 µg/g : une maladie inflammatoire des intestins est peu probable

50 à 120 µg/g : à interpréter avec précaution

une maladie inflammatoire des intestins ne peut être exclue

Il est recommandé de réévaluer les niveaux de calprotectine fécale

après 4 à 6 semaines pour déterminer l'état d'inflammation

> 120 µg/g : une maladie inflammatoire des intestins est probable.

**LABORATOIRE D'ANALYSES
MÉDICALES LA CHAOUIA**
Dr. FEKKAR Mokhtar
Lot. Al Youssr 9/2 Bd. Med V
Berrechid - Tél.: 0522 32 51 88