

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.

Biologie 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.



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 053255

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent

Matricule : 909 Société : RAM 65531

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FARIAT Driss

Date de naissance : 01.07.1945

Adresse : 9, Rue Abdelmajid BENJELLOUN, Tassrif, 2370

Tél : 0610 902 902 Total des frais engagés : 523,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZEIMMAMA O. LOTFI
45, Bd. Bir Anzarane
C : 05 22 25 03 73
GSM : 06 61 14 99 86
Fax : 05 22 25 13 00
Email : zol2@live.fr

Date de consultation : 22/III/21

Nom et prénom du malade : FARIAT Zahira Age : 66ans

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

Nature de la maladie : 222 Bu sang

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 : 65531 Le : 31/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
22/III/21	V		150 000	 Dr. ZEMMAMA O. ZOT2 45 Bd. Bir Anzerane C 05 22 25 03 73 GSM : 06 61 14 99 86 Fax : 05 22 25 13 00 Email : zot2@live.fr

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/11/21	V		150,000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie DES STADES 2000 50300 AL Fawrat - Casablanca Tel : 05 22 25 49 25 IF : 40436642 RC : 245509	22/03/2021	173,40

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/3/21	7 18	200,00 IR

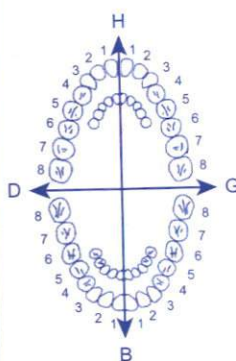
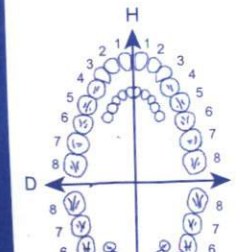
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/3/21		200,00 Dh

[illegible][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				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCOEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B			CCOEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

veuillez joindre à ces documents :

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient								
					COEFFICIENT DES TRAVAUX							
					MONTANTS DES SOINS							
					DEBUT D'EXECUTION							
					FIN D'EXECUTION							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE										
		<table> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H										
		25533412	21433552									
		00000000	00000000									
		B										
<table> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		G		00000000	00000000	35533411	11433553					
G												
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS									
			DATE DU DEVIS									



Casablanca, Le 22 MAR. 2021

الدار البيضاء في

Mme FARIAT Zahire

10) Clopidogrel 150
149,00 sachet 3x15

20) Cotipred 20
3,5 cp dilués le matin et le soir

30) PulmoSuide
1 ca 3x1

40) Coque Russtal Par
1 suppo 2x1

244,40
17340

PHARMACIE DES STADES 2010
50, Rue Al Fourat - Casablanca
Tél : 05 22 25 49 25
RC : 245509 - Pte.: 35873067
F : 40436642

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca
TEL : 05 22 25 03 73
Fax : 05 22 25 13 00
GSM : 06 61 14 99 86
E-mail : zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

ZEMMAMA O. LOTFI
45, Bd. Bir Anzarane
C : 05 22 25 03 73
GSM : 06 61 14 99 86
Fax : 05 22 25 13 00
Email : zol2@live.fr

45, شارع بئر أنزران الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 25 03 73
الفاكس : 05 22 25 13 00
المحمول : 06 61 14 99 86
البريد الإلكتروني : zol2@live.fr

PHARMACIE DES STADES 2010
50, Rue Al Fourat - Casablanca
Tél : 05 22 25 49 25
RC : 245509 - Pte.: 35873067
F : 40436642

PPV: 149,00 DH
LOT: 640306
PER: 09/21



Dr. Zemmama Omar Lotfi
LAUREAT DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE CASABLANCA



الدكتور زمامة عمر لطفي
خريج كلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, Le

30 MAR. 2021

الدار البيضاء في

Mme FARIAT Zahira

Rx Pulm Face

Dr. ZEMMAMA O. LOTFI
45, Bd. Bir Anzarane
C : 06 22 25 03 73
GSM : 06 61 14 99 86
Fax : 05 22 25 13 00
Email : zol2@live.fr

URGENT

SVP

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca
TEL : 05 22 25 03 73
Fax : 05 22 25 13 00
GSM : 06 61 14 99 86
E-mail : zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

45, شارع بئر أنزران الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 25 03 73
الفاكس : 05 22 25 13 00
المحمول : 06 61 14 99 86
البريد الإلكتروني : zol2@live.fr



مرکز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 30/03/2021

FACTURE N° : FA:00 3246/21
Nom : SADAK ZAHIRA EP. FARIAT

Arrêtée la présente facture à la somme de : 200,00 Dhs

DEUX CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

PULMONAIRE FACE 200,00 Dhs

Total de : 200,00 Dhs

Mode de règlement ESPECES

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC
400, Bd Brahim Roudani - Maârif
0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 / 06 60 73 95 97 / 0522 25 22 96
0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68 - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma
CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040



مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, Le 30/03/2021

Patient
Médecin traitant
Examen(s) réalise(s)

SADAK ZAHIRA EP FARIAT
DR ZEMMAMA OMAR LOTFI
PULMONAIRE FACE

COMPTE RENDU

Résultat :

Absence d'anomalie parenchymateuse.

Granulome calcifié de la base gauche para-cardiaque.

Absence d'épanchement pleuro-péricardique.

Silhouette cardio-médiastinale normale.

A noter des calcifications athéromateuses fines du bouton aortique.

Pas d'anomalie pariétale.

En vous remerciant de votre coopération,

"Dans le contexte épidémique COVID 19, nous vous informons du respect de recommandations sanitaires relatives aux mesures barrières et au bio-nettoyage des machines et des locaux au sein du CRR."

Dr. Abderrahim ADIL
RADIOLOGUE
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI
400, Bd Brahim Roudani 1^{er} étage - Maârif Casablanca 20100
Tél : 0522 23 50 70 / 06 60 73 95 97 / 0522 25 22 96
0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68 - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma
CNSS : 2097412 - TB : 25700726 - IF : 01000001 - ICF : 004740407000010