

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## adie 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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 067341

ND: 33009

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1813

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Bachar. chikh

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

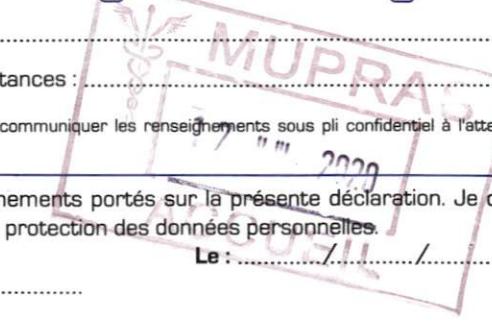
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : .....

Le : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

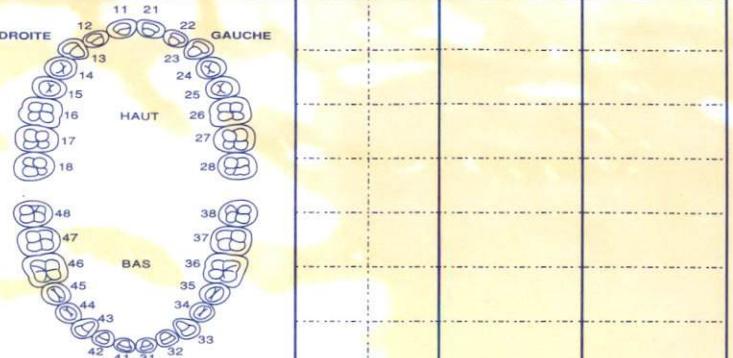
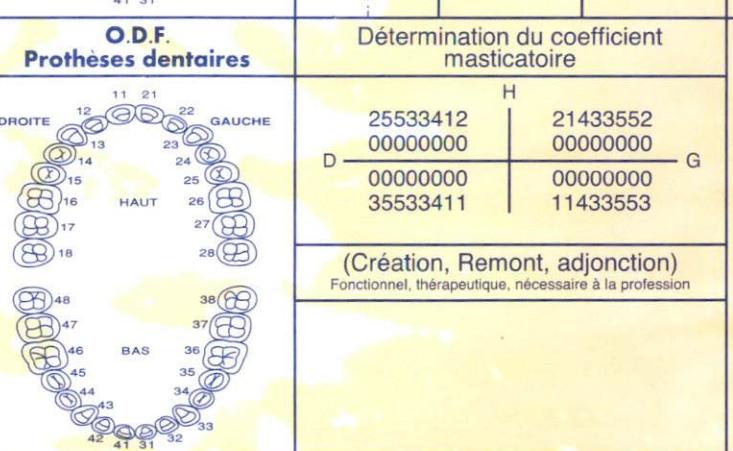
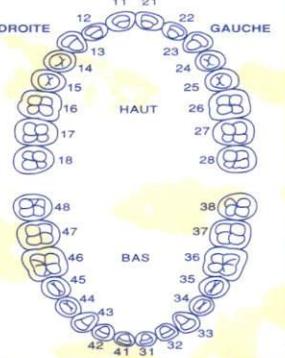


# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	<b>Coefficient des travaux</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <b>Montant des soins</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <b>Début d'exécution</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <b>Fin d'exécution</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>											
																
DROITE	11 21 22 23 24 25 26 27 28															
	12 13 14 15 16 17 18															
HAUT	38 37 36 35 34 33															
																
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire														
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33.33%;">D</td> <td style="width: 33.33%;">H</td> <td style="width: 33.33%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table> <div style="margin-top: 10px;"> <b>(Création, Remont, adjonction)</b>            Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession         </div>			D	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000		00000000	00000000		35533411	11433553	
D	H	G														
25533412 00000000	21433552 00000000															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
		<b>Coefficient des travaux</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <b>Montant des soins</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <b>Date du devis</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <b>Fin d'exécution</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>														
<i>Visa et cachet du praticien attestant le devis</i>		<i>Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</i>														

VOLET ADHERENT		NOM : <i>BACHARI CHEIKH</i>	Mle <i>1813</i>
DECLARATION N°		<b>P 14 / 0031989</b>	MUPRAS Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<i>27/02/20</i>	<i>7350,00</i>		
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

**P 14 / 0031989**

**DATE DE DEPOT**

*27.02.2000*

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		<b>Mle 1813</b>	 <i>Signature de l'Adherent</i>	
Nom & Prénom		<i>BACHARI CHEIKH</i>		
Fonction	<i>2 ètreké</i>	Phones <i>0628680138</i>		
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient <i>BACHARI CHEIKH</i>			
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <i>1951</i>	
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
<i>Déabète de type 2</i>				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
<i>Non</i>				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
<i>eh</i>	<i>-</i>	<i>200,00</i>		
PHARMACIE	Date <i>27/02/2020</i>			
Montant de la facture				
<i>Total 175,60</i>				
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date <i>27/02/2020</i>				
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
<i>B360</i>	<i>360,00 DH</i>			
<i>BP</i>				
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		 <i>Signature et cachet de la pharmacie</i>
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

valable 3 mois

Le ...../...../20.....

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

*Barbara* *CNE FR.G.*

Présente

*Abstinent de fume*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*03 / Tous / renouvelé*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

# LABORATOIRE ABDELMOUMEN D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Asmae LAMJOUN  
INPE :083060640  
ICE : 001636557000050  
IF:40122309

Angle rue Jakarta et rue Lieutenant Belhoucine  
Résidence Saidi, Appartement N° 2  
OUJDA  
Taxe professionnelle:10837042

Oujda le 27 février 2020

Monsieur BACHARI CHEIKH

FACTURE N°	77778
------------	-------

Analyses :	
Clearance à la créatinine -----	B   50
Cholestérol total -----	B   30
Triglycérides -----	B   50
Acide urique -----	B   30
Hémoglobine glycosylée HBA1C -----	B   100
Albumine/créatinine -----	B   100
	Total : B 360
Prélèvements :	
Sang-----	Pc   1,5
	TOTAL DOSSIER
	360,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cent Soixante Dirhams

LABORATOIRE ABDELMOUMEN D'ANALYSES MEDICALES  
OUJDA  
Tél: 0662 10837042

# CABINET D'ENDOCRINOLOGIE DIABÉTOLOGIE ET MALADIES DE LA NUTRITION

**Dr Mohammed El Amrani**

DIPLÔMÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**SPECIALISTE**  
EN ENDOCRINOLOGIE, DIABÉTOLOGIE  
ET MALADIES DE LA NUTRITION



الدكتور محمد العمراني

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي

في أمراض الغدد، داء السكري والتغذية

Oujda, le : ..... 27/02/2020 ..... وحدة، في :

Me. BACHARI Cheikh

A faire SVP le bilan suivant :

- HbA1C,
- Crétatbine, Acide Urique,
- Cholestérol Total, Triglycérides,
- Rapport Alb/Créat (sur échantillon urinaire du matin)

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALE  
AFS - AFRICANUS  
DÉPARTEMENT  
Résidence Bachir - Oujda  
Tél: 0536 68 74 74 - Fax: 0536 68 74 75



# CABINET D'ENDOCRINOLOGIE DIABÉTOLOGIE ET MALADIES DE LA NUTRITION

Dr Mohammed El Amrani

DIPLÔMÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**SPECIALISTE**  
EN ENDOCRINOLOGIE, DIABÉTOLOGIE  
ET MALADIES DE LA NUTRITION



الدكتور محمد العمراني

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي

في أمراض الغدد، داء السكري والتغدية

Oujda, le : ..... 27/02/2020 ..... و جهة، في :

Me. BACHARI Cheikh

43.30

41.30

51.80

QSP. : 03 Mois

DR. Mohammed EL AMRANI  
SPECIALISTE EN  
ENDOCRINOLOGIE  
ED. CLINIQUE EL AMRANI  
Tél/Fax: 0536710... 05682020



الدكتور محمد العمراني  
خريج كلية الطب بباريس  
اختصاصي في أمراض الغدد، داء السكري والتغدية  
العنوان: شارع العلال بن عبد الله - وجدة  
الإمارة: بني العباس - بني العباس - وجدة  
التلفون: 0536710... 05682020  
fax: 0536503571





# Staticol® 20 mg



Simvastatine

28 Comprimés enrobés sécables

**28**



91,00

٢٣

دال

مدتهور مدين

• مضاد للسكري

٤٣,٣٠

LABORATOIRES  
**PHARM**  
مختبرات فارما

قرصاً ملبيداً  
عن طريق الفم

٥٦

إِرْفَي® 75 مَعْ

إِرِيزَارْتَان

IRPHI 75 mg

30 Comprimés



6 1118000 051206

30 قرصاً



LOT : 009  
PER : SEP 2022  
PPV : 41 DH 30

IRPHI®  
Irbésartan  
75mg



مَعْهَد الصَّيْدَلَة