

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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'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

48734

Déclaration de Maladie : N° P19-0001318

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2300

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BATAL MOHAMED

Date de naissance : 01-09-59

Adresse : HAY QADIS GRP BENABZ H2 ML

Tél. : 0661 51 78 48 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/11/2020

Nom et prénom du malade : BATAL Mohamed Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Prostate

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 : 7/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

BATAL


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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 7/11/20 | Y2 | | AG |  |
| 10/11/20 | Y2 | | 250 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE DU ZOO SARLAU Km 7, Route de Rabat - Ain Sebââ CASABLANCA Tél : 05 22 66 02 92 | 10/11/20 | 489,60 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 01/11/20 | B 660 | 910,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

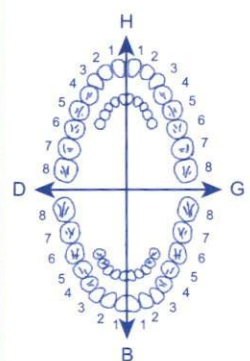
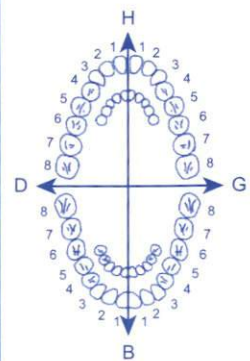
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaux, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|---------------------|-------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|
|  | | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Khalid TOUABI

CHIRURGIEN UROLOGUE

Maladie du Rein et de l'Appareil Urinaire

Maladies Sexuellement Transmissibles

Stérilité Masculine – Impuissance Sexuelle

Lithotripte extra-corporelle

Membre de l'Association Française d'Urologie

Diplômé de L'université de Nice

Sophia-Antipolis (France)



الدكتور خالد توابي

إختصاصي في أمراض الكلية

و المسالك البولية – العقم الجنسي

الأمراض التناسلية – تفتيت الحصى

عضو الجمعية الفرنسية

لأمراض الكلية و المسالك البولية

خبر كلية الطب بنيس (فرنسا)

Casablanca, Le :

10/11/20

7. TOUABI 7

163,20 x3

⊕ Dura



Zom

489,60
PHARMACIE DU 700 SARLAU
Km 7, Route de Rabat Ain Sebaâ
CASABLANCA
Tél : 05 22 66 02 92

1 cp / J

PPV : 163 Dhs 20
N° de LOT.: LF20923A
Date d'EXP: 07/2022

⊙ Flotral cp 10

PPV : 163 Dhs 20
N° de LOT.: LF20923A
Date d'EXP: 07/2022

1 cp 1em

PPV : 163 Dhs 20
N° de LOT.: LF20923A
Date d'EXP: 07/2022

[Signature]

11. زنقة الأمير مولاي عبد الله (فوق إيف روشي) – الدار البيضاء

11, Rue Prince My Abdelleah (au dessus de Yves Rocher) - Casablanca

Tél. : 0522.27.22.41 / 0522.27.19.30 : الهاتف - Email : urotk@yahoo.fr : البريد الإلكتروني

Fax : 0522.27.59.43 : الفاكس

Dr. Khalid TOUABI

CHIRURGIEN UROLOGUE

Maladie du Rein et de l'Appareil Urinaire

Maladies Sexuellement Transmissibles

Stérilité Masculine – Impuissance Sexuelle

Lithotriptic extra-corporelle

Membre de l'Association Française d'Urologie

Diplômé de L'université de Nice

Sophia-Antipolis (France)



الدكتور خالد توابي

إختصاصي في أمراض الكلية

و المسالك البولية – العقم الجنسي

الأمراض التناسلية – تفتيت الحصى

عضو الجمعية الفرنسية

لأمراض الكلية و المسالك البولية

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

Casablanca, Le :

7/11/20.

7/11/20

7/11/20

7/11/20

7/11/20

11, زنقة الأمير مولاي عبد الله (فوق إيڤ روشي) – الدار البيضاء

11, Rue Prince My Abdelleah (au dessus de Yves Rocher) - Casablanca

البريد الإلكتروني : urotk@yahoo.fr : الهاتف : 0522.27.19.30 / 0522.27.22.41

الفاكس : 0522.27.59.43



TAZI MOHAMED

مختبر التازي للتحليلات الطبية
LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES



PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

TAZI KARIM

Docteur KHALID TOUABI
11, Rue Prince Moulay Abdellah
CASABLANCA

Monsieur BATAL MOHAMED

Examen du 07/11/20 - Edité le 07/11/20

Réf. : 20K314

Page : 1/1

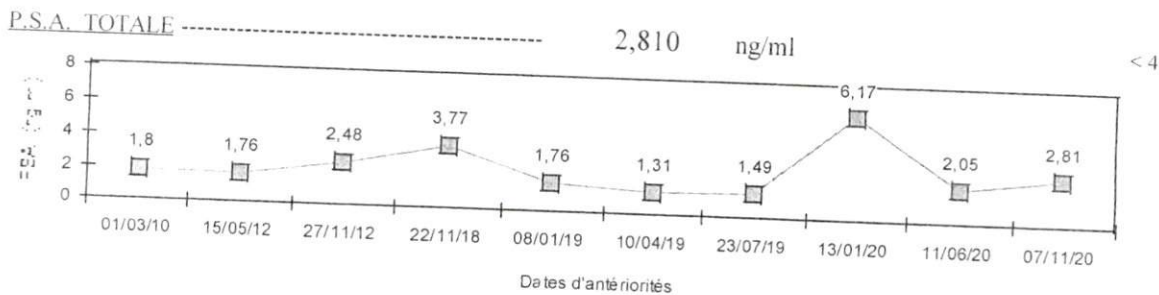
ANALYSES

RESULTATS

UNITES

NORMALES ANTECEDENTS

MARQUEURS (AUTOMATE ROCHE COBAS 6000)



11/06/20
2,050

78, RUE D'ALGER - CASABLANCA
78, RUE D'ALGER - CASABLANCA

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

I.F 40 30 32 50

ICE 001656516000089 INPE: 093001246



T P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le samedi 7 novembre 202 Monsieur BATAL MOHAMED

| | |
|------------|--------|
| FACTURE N° | 318138 |
|------------|--------|

Analyses :

| | | | |
|--|---|-----|---------------|
| Hémato : Numération formule plaquettes ----- | B | 80 | |
| Chimie : Urée ----- | B | 30 | |
| Chimie : Hémoglobine glyquée ----- | B | 100 | |
| Chimie : Cholestérol total ----- | B | 30 | |
| Chimie : Cholestérol HDL+LDL ----- | B | 80 | |
| Chimie : Triglycérides ----- | B | 60 | |
| Chimie : Créatinine ----- | B | 30 | |
| Chimie : Ferritine ----- | B | 250 | Total : B 660 |

Prélèvements :

| | | | |
|-----------|----|-----|--|
| Sang----- | Pc | 1,5 | |
|-----------|----|-----|--|

TOTAL DOSSIER

910,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Neuf Cent Dix Dirhams

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed
BIOLOGISTE
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tél: 0522 27 28 08 Fax: 0522 29 64 86