

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-576891

ND: 49852

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8732

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : OUDGHIRI MOULAY IDRIS

Date de naissance : 15/07/67

Adresse : 57 me 35 Lt MAJMAUN CASA

Tél. : 06 61312755

Total des frais engagés : 289,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr JARMOUNI IDRIS R
DERMATOLOGUE
203 Bd. Zerkouni
Tél: 05 22 36 45 17 / 17

Date de consultation : Casa 02/12/2020

Nom et prénom du malade : Le SUD GRH M. IDRIS

Lien de parenté : ☐ Lui-même

Nature de la maladie : Dermatose

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 : CASA

Le : 02/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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

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
01.12.20	C3		350 00	INP: 02/10/80 JST
				Pr. JARMOUNI IDRISSE K
				DERMATOLOGUE
				203 Bd. Zerkouni : sa
				05 22 36 43 12 / 27

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie EL ARRAKI Mme Y.T. EL ARRAKI Abdelali Ben Kaddour T: 022-36-54-38</p>	<p>Pharmacie EL ARRAKI Mme Y.T. EL ARRAKI Bd Abdelali Ben Kaddour T: 022-36-54-38</p> <p>12/12/2020</p>	33910

[illegible]

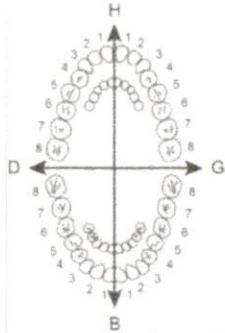
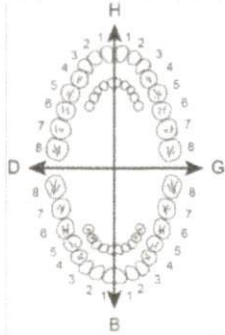
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	INP : <input type="text"/>														
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur R. JARMOUNI IDRISSE

الأستاذ رشيد الجرْموني الإدريسي

Dermatologie - Vénérologie - Laser - Puvathérapie

اختصاصي في الامراض الجلدية و التناسلية

M. OUDCHIK M. Idmo

Casablanca, le 01.12.2020 في الدار البيضاء،

40.10 Efficort hydrophat

20/2 x 07j

12/2 x 07j

12/2 x 07j

lesion de

la jambe

Canaffusion 150 3 Bactos de 4

46.20
3

Pr JARMOUNI IDRISSE
DERMATOLOGUE
203 Bd. Zerkouni
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

LOT : 1015
UT.AV : 04 - 23
P.P.V : 76 DH 20

LOT : 1015
PER : 04 - 23
P.P.V : 76 DH 20

LOT : 200418
PER : 03-22
PPV : 70.00DH

1 gelule / kmure aprs

gemma asine

self

Pharmacie EL A
Mme H.T. EL
Bd. Abdelatif Bel
Tél: 022-30

LOT : 8001
UT.AV : 01-23
P.P.V : 76 DH 20

to.00

339.10

Pr JARMOUNI IDRISSE
DERMATOLOGUE
203 Bd. Zerkouni
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

Sur Rendez-vous

بالموعد

203, Bd. Zerkouni - Résidence Ben Ham - 4^e étage - Casa - البيضاء - الرابع - البيناء - 203

Tél. : 05 22 36 43 17 / 27 : الهاتف : Fax : 05 22 36 43 68 : الفاكس

GSM : 06 48 12 22 62 - E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com

Professeur R. JARMOUNI IDRISSE

الأستاذ رشيد الجرهموني الإدريسي

Dermatologie - Péderologie - Laser - Puvathérapie

اختصاصي في الامراض الجلدية و التناسلية

M₂ OUDGHIRI M₂ Idriss
Casablanca, le 01.12.2020 في الدار البيضاء،

Prière de joindre :

- Anamnèse

Merci

Pr JARMOUNI IDRISSE R
DERMATOLOGUE
203 Bd. Zerkouni - Casa
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

Mr OUDGHIRI Moulay Idris
15-07-1967 M



2012022001

ORDO

A coller sur l'ordonnance

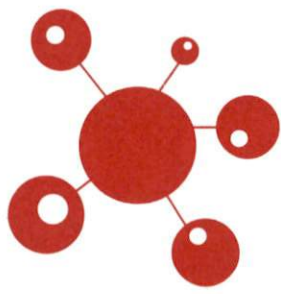
Sur Rendez-vous

بالموعد

203, Bd. Zerkouni - Résidence Ben Ham - 4^e étage - Casa - البيضاء - الرابع - شارع الزرقطوني إقامة بن حام الطابق الرابع

Tél.: 05 22 36 43 17 / 27 : الهاتف - Fax: 05 22 36 43 68 : الفاكس

GSM : 06 48 12 22 62 - E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com



مختبر التحاليل الطبية

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE, ORBIO

Dr.Said EL HAFIANE : Pharmacien Biologiste, Ancien interne des hôpitaux de Nancy (France)

A Casablanca, le Mercredi 02 Décembre 2020

Dossier N° : 2012022001

Mr Moulay Idriss OUDGHIRI

Né(e) le : 15-07-1967

Prélevé le : au labo 02-12-2020 07:41

Prescription :

Mr Moulay Idriss OUDGHIRI
CASABLANCA



BIOCHIMIE SANGUINE

Sang tube sec,gel,héparine

Transaminases GOT (ASAT)
(IFCC sans PP 37°)

32 U/l (8-45)

04-11-2015

30

Transaminases GPT (ALAT)
(IFCC sans PP 37°)

25 U/l (5-55)

04-11-2015

17

Validé biologiquement par le Dr EL HAFIANE Said

ORBIO
Analyses Médicales
Dr. Said EL HAFIANE
199 Oum Rabii, Casablanca
Tél : +212 (0)5 22 90 90 44
N° ICE : 001698908000008

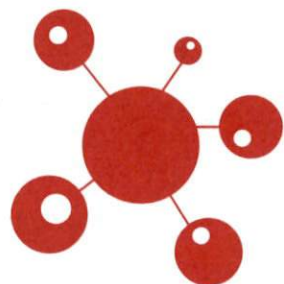
Page 1 sur 1

Recto - Verso

www.orbio.ma - HORAIRES D'OUVERTURE
du Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30 / le Samedi 8h00 à 13h00

199 , Boulevard Oum Rabii , EL OULFA Casablanca Tél.: +212 (0)5 22 90 90 44 / Fax : +212 (0)5 22 90 90 42 / Email : contact@orbio.ma

T.P : 36046873 - I.F : 15240654 - CNSS : 9115842 - ICE : 001698908000008



مختبر التحليلات الطبية

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

ORBIO

Dr.Said EL HAFIANE : Pharmacien Biologiste, Ancien interne des hôpitaux de Nancy (France)

FACTURE N : 201200031

CASABLANCA le 02-12-2020

Mr Moulay Idriss OUDGHIRI

Demande N° 2012022001

Date de l'examen : 02-12-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang adulte	E10	E
	Transaminase GOT (ASAT)	B50	B
	Transaminase GPT (ALAT)	B50	B

Total des B : 100

TOTAL DOSSIER : 100.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent dirhams

LABORATOIRE ORBIO
Analyses Médicales
Dr. Said EL HAFIANE
199 Bd Oum Rabi - Casablanca
Tél : 05 22 90 90 44
N° ICE : 00169890800008

RIB BMCI : 013 78 001091 000 38 30013 648

Recto - Verso

www.orbio.ma - HORAIRES D'OUVERTURE

du Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30 / le Samedi 8h00 à 13h00

199 , Boulevard Oum Rabi , EL OULFA Casablanca Tél.: +212 (0)5 22 90 90 44 / Fax : +212 (0)5 22 90 90 42 / Email : contact@orbio.ma

T.P : 36046873 - I.F : 15240654 - CNSS : 9115842 - ICE : 001698908000008