

# 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.

**Educution :**

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.

**Prothésaire :**

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**

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

### Déclaration de Maladie

N° M20- 0009019

☒ Maladie
 ☐ Dentaire
 ☐ Optique
 ☐ Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 10503 Société : RAM- 51460

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AGOUNI DRISS

Date de naissance : 26/02/1963

Adresse : Hahineuelle

Tél. : 0622499277 Total des frais engagés : 502,00 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Dr. Rachid SAIR

MEDECIN

73, Av. Colonel Akil Aïlam 1er étage

(en dessus BMCE) Bouhazal - Casablanca

Tél : 05 22 72 42 42

Date de consultation : 23 / 11 / 22

Nom et prénom du malade : EL AOUNI ATIMHA Age: 48 ans

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

Nature de la maladie : GHE

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) : /

Autorisation CNDP N° : A-A-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
23/11/20				Dr. Rachid SAIR MEDECIN 73, Av. Colonel Akid Allam 1 <sup>er</sup> étage (en dessus SNICE) BORDJ - Algérie Tél : 05 22 72 42 42

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/11/20	

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
INSTITUT PASTEUR DU MAROC Centre de Biologie Médicale Service Radiologie	25/11/20	Analyse	502,00 D.A.

# AUXILIAIRES MEDICAUX

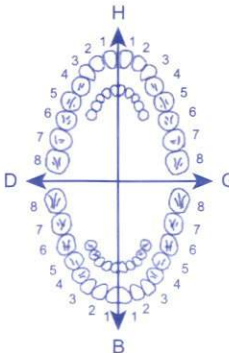
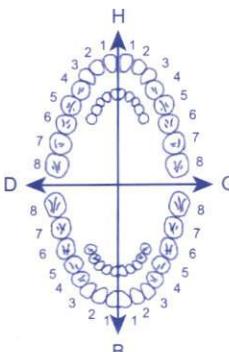
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

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 border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient 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. RACHID SAIR MEDECIN



## الدكتور رشيد سائر طبيب

- Diplôme universitaire de Diabetologie
- université montpellier France
- Diplôme en soins avancés en cardiologie
- université de montréal-Canada
- Licencié du Conseil Médical du Canada (LCMC)
- Echographie - ECG

- دبلوم جامعي في أمراض السكري
- جامعة مونتبلي - فرنسا
- دبلوم رعاية صحية متقدمة لأمراض القلب
- جامعة مونتريال - كندا
- إرتفاع الضغط الدموي - أمراض القلب و الشرايين
- طبيب مجاز من طرف المجلس الطبي الكندي
- الفحص بالصدى - التخطيط الكهربائي للقلب

casablanca le : 23/11/2023 : الدار البيضاء في :

*ELADNY*

*Dr Rachid Sair*

Dr. Rachid SAIR  
MEDECIN  
73, Av. Colonel Akid Allam 1er étage  
(en dessus BMCE) - Bournazel - Casablanca  
Tél : 05 22 72 42 42





معهد باستور المغرب  
INSTITUT PASTEUR DU MAROC

فاتورة  
Facture

1, Place Louis Pasteur Casablanca 20360  
Tél: +212 (0) 522 43 44 50/63 - Fax : +212 (0) 522 26 09 57  
E-mail : [pasteur@pasteur.ma](mailto:pasteur@pasteur.ma) - Web : [www.pasteur.ma](http://www.pasteur.ma)  
ICE : 001594848000023 - IF : 1085828 - Patente : 36340200

Madame EL AOUNY EP AGOUTI FATIMA Réf: 25/11/20-1-0215

Par: LAMAR / 25/11/20 / 11

CIN: AB213617 Né(e) le : 01/01/1972 soit: 48 A Tél: 0655704741 ville: CASABLANCA

MAT: 10503

Médecin : DR SAIR RACHID Tél:

Date et heure de passage : 25/11/20-11h33

INPE :   
ICE : 001594848000023

Liste des Examens/Prescription

PCR COVI TIMB\_2DH



Total dossier r : 502.00

Part Client : 0.00

Part : 0.00

Part : 0.00

Part : 502.00

PATIENT

MUPRAS (Mutuelle RAM)

L'Institut Pasteur du Maroc collecte et traite vos données à caractère personnel en vue d'identifier vos prélèvements, mettre à jour votre historique d'analyses et garantir vos droit à la prise en charge. Ces données peuvent être transmises à des laboratoires externes en cas de sous-traitance.

Vous pouvez contacter le service qualité ([qhs@pasteur.ma](mailto:qhs@pasteur.ma)) pour exercer vos droits conformément aux dispositions de la loi 09-08.



معهد باستور المغرب  
INSTITUT PASTEUR DU MAROC

توصيل لسحب نتائج التحليلات الطبية

Reçu pour Retrait des Résultats des Analyses Médicales

Madame EL AOUNY EP AGOUTI FATIMA Réf: 25/11/20-1-0215

Par: LAMAR / 25/11/20 / 11

Liste des Examens

PCR COVI TIMB\_2DH

Total dossier : 502.00

Part Patient : 0.00

Part AMO : 0.00

Part AMC : 0.00

Part Corres. : 502.00

PATIENT

MUPRAS (Mutuelle RAM)

CAB Num Demande



CAB Num CIN



J'autorise le porteur du présent reçu à récupérer mes résultats d'analyses effectuées à l'IPM

RETRAIT RESULTAT LE :

Téléphone pour information Casablanca 0522434471/72 Tanger 0539931111

Sauf Samedi, Dimanche et Jours fériés

26/11/20 de 09h00 à 15h00

تاريخ سحب النتائج  
ماعدا يوم السبت و الأحد والأعياد



Institut Pasteur  
du Maroc

**Directeur**

Pr A. MAAROUFI

**Biologie**

Dr A. Bellik

Dr S. Kacimi

Dr C. Lhamiani

Dr J. Nourli

Dr D. Messaoudi

Dr S. Benjelloun

Dr A. Bennani

Dr S. Bennani

Dr M. Azhari

Dr A. Ainahi

Dr H. Mohammadi

Dr S. EZZIKOURI

**TANGER**

Dr W. Oudaina

**Anatomie-cytopathologie**

Dr H. Benomar

Dr A. Oukkadi

**Cytogénétique**

Dr S. Nasserddine

DR SAIR RACHID

20000 CASABLANCA

Date et heure d'enregistrement : 25/11/20 11H33

Date et heure de prélèvement : 25/11/20 11H42

Date de naissance : 01/01/1972

Hors tiers payant -

**Madame EL AOUNY EP AGOUTI FATIMA**

Demande n° 25/11/20-1-0215

20000 CASABLANCA

Demande n° 25/11/20-1-0215 -RAM-

Edité le : jeudi 26 novembre 2020

**VIROLOGIE**

Valeurs de référence

Antériorités

**Détection du SARS-CoV-2 (COVID-19) par PCR en temps Réel**  
**Real-time PCR SARS-CoV-2(COVID-19)**

Nature prélèvement (Specimen) : Rhinopharyngé (nasopharyngeal swab)

Résultat (Result):

**SARS-CoV-2 NEGATIF**  
**SARS-CoV-2 NEGATIVE**

Résultat à interpréter en fonction du contexte clinique.

Réactifs (Reagents) : GenFinder™ COVID-19 Plus RealAMP Kit (CE-IVD)

Validé le 26/11/20

Dr. Abdelhakim BELLI  
Institut Pasteur du Maroc  
Tél: +212 522 434 71 72

