

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

### 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 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.

### 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

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0040029

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4249 Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FAKIR ABID

Date de naissance : 1.1.1950

Adresse : 13 Mohamed ABDAR Bourgoigne

Tél. : 0665.17.98.27 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Amal SAJJ  
Médecine Générale  
Diabétologie Nutrition  
Angle Bd. Bourgoigne et Rue Amalchouja  
El Fardi Appl. 4 - Casablanca  
Tél. : 05 22 28 34 60

Date de consultation : 12/11/2020

Nom et prénom du malade : FAKIR ABID Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : 2<sup>e</sup> Diabète

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) :



# 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
12/11/20	Cs		200,00	Dr. Amal SALIM Médecine Générale Diabétologie Nutrition Angle Bd. Bourgoigne N° 11 El Fargh Appl. 4 Casablanca 05 22 26 34 66

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
L.A.M.B. Médical Laboratoire Bourgoigne d'Analyses Médicales 136, Résidence Belchen Bd. Bourgoigne Tel: 0522 20 81 02 - 0522 20 80 90 Fax: 0522 20 81 00 - Casa	12.11.20	Bg	600 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

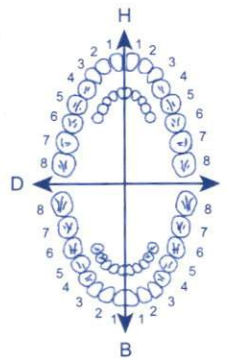
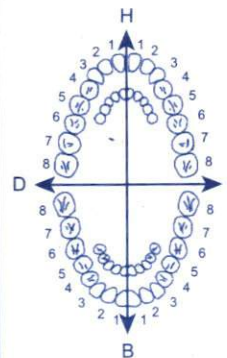
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412 21433552  00000000 00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>  00000000 00000000  35533411 11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Amal SALIM

Lauréate des Facultés de Médecine  
de Rabat, Bordeaux et Rennes

Médecine Générale  
Diabétologie - Nutrition  
Echographie - Médecine du travail

الدكتورة آمال سليم

خريجة كليات الطب بالرباط  
بوردو، رين

الطب العام  
داء السكري و الحمية  
الفحص بالصدى - طب الشغل

Casablanca, Le: 12/11/2020

Mr FAKIR ABID

Faie svp

- Test PCR covid 19

RC :  $SO_2 = 92\%$

$T^{\circ} = 36^{\circ}3$

Fussons / céphalées / fièvre  
Asthénie

L.A.M.B.  
Laboratoire Bourgogne d'Analyses Médicales  
136, Résidence Belchen Bd. Bourgogne  
Tél: 0522 20 81 02 - 0522 20 86 99  
Fax: 0522 20 81 00 - Casa

Dr. Amal SALIM  
Médecine Générale  
Diabétologie Nutrition  
Angle Bd. Bourgogne et Rue Abouchouja  
El Fardi Appt. N° 4, 1er étage  
Tél: 05 22 26 34 66 - 06 73 94 85 48



Laboratoire BOURGOGNE  
136 Résidence Belhecen, Boulevard Bourgogne  
Tél : 0522208099/0522208102 - Fax : 0522208100  
@ : labobourgogne.lamb@gmail.com

**FACTURE N° : 200003292**

INPE : 097164701



097164701

Casablanca le 12-11-2020

IF: 15231383  
N°Patente: 35490624

ICE: 001692860000053  
N°CNSS: 4430534

**Mr Abid FAKIR**

Demande N° 2011120092  
Date de l'examen : 12-11-2020

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
	Recherche d'ARN SARS-COV-2 (COVID 19)	E600	E

Total des B : 0

TOTAL DOSSIER : 600.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cents dirhams

**L.A.M.B.**  
Laboratoire Bourgogne d'Analyses Médicales  
136, Résidence Belhecen, Boulevard Bourgogne  
Tél: 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99  
Fax: 0522 20 81 00 - Casa



Mr FAKIR Abid

Code Patient : 1807190010

Prélèvement du : 12-11-2020

Médecin :

Edition : 12-11-2020

## BIOLOGIE MOLECULAIRE

### Test de dépistage d'ARN Viral SARS-COV-2 (COVID-19)

(Technique PCR temps réel)

Nature de prélèvement:

Naso-pharyngé

Résultat:

Présence D'ARN du VIRUS SARS COV-2

Validation Biologique par : Dr BELLAMINE KAWTHAR

Dr. Bellamine Kawthar  
Médecin Biologiste  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Bourgogne

