

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.

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.

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

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- 048550

55121

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2522 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Houri Abderrahmane

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : 90, Résidence Nour Amira

my Abdelwah / El Talide

Tél. : 06 72 83 51 37 Total des frais engagés : 1057,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. GUEROUAL Youssef
Médecine Générale
Résidence d'habitation Immeuble A 1er Etage
N°1 Boulevard Mohamed V
El Jadida

Date de consultation : 20/10/2020

Nom et prénom du malade : Houri Abderrahmane Age : 74

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Suspicion Covid 19

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 : Casablanca

Le : 23/10/2021

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
20/11/2020				<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NACHIR F. AMRANI Mohamed 65, Lot. El Kamal SIDI BOUZID 021-35-05-40	20/11/2020	317,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
INSTITUT PASTEUR DU ... Centre de Biologie Médicale Service Facturation	23/11/2020	Analys	500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

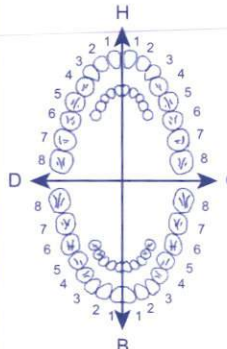
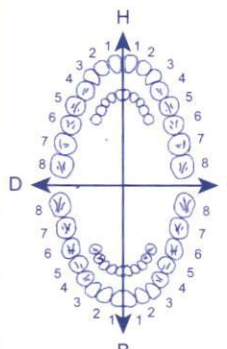
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 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		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														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Nom : Aouri

Le : 20/11/2020

Abderrehmane

66,00 x 2

→ 1) Azi-ywe 100/25
132,00

15,80 1 g/j pdr 6 jour

2) Dolipra 1000

3) Revital

123,10

15,30

4) Vit 1000

30,70

5) Kardegic 250

شارع محمد الخامس إقامة دنيا عمارة A رقم 1 الطابق الأول عيادة الدكتور كروال يوسف (سابقا)

20 Résidence Dounia Immeuble A 1^{er} étage N°1 Boulevard Mohamed V

(Ancien Cabinet du Docteur Kahil)

☎ 05 23 37 15 15 GSM ☎ 06 73 74 48 72

zimycine®

Azithromycine

500 mg Promopharm

3 comprimés enrobés

Voie orale

66,00

T	20006
PER	07/25
PPV	66DH00

zimycine®

Azithromycine

500 mg Promopharm

3 comprimés enrobés

Voie orale

66,00

T 20006
PER 07/25
PPV 66DH00



Doliprane®

PARACETAMOL

500 mg

PPV: 10DH30
PER: 12/20
LOT: G2814



Adulte et enfant
à partir de 27 kg

bottu ^{sa}

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebla - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

**DOULEURS
FIEVRE**

**Vole orale
20 COMPRIMES SECABLES**

Nom : Aour Le : 22/11/2020
Abderrhmane

F2 r s r p

Test Covid 19 PCR

INSTITUT PASTEUR
DU
Centre de Biologie Médicale
Service Facturation

Dr. GUEROUAL Youssef
Médecine Générale
Résidence Dounia Immeuble A 1er Etage
N°1 Boulevard Mohamed V
Et. Indica

شارع محمد الخامس إقامة دنيا عمارة A رقم 1 الطابق الاول (عيادة الدكتور كحيل سابقا)

📍 Résidence Dounia Immeuble A 1^{er} étage N°1 Boulevard Mohamed V

(Ancien Cabinet du Docteur Kahil)

☎ 05 23 37 15 15 GSM ☎ 06 73 74 48 72

Institut Pasteur Casablanca1 Place Louis Pasteur
20360 CASA HOPITAUX

TEL : 0522434471/72

FAX : 0522260957

INPE : 090005786



Contact: Mme EL JARITE

0666290792

ICE: 001594848000023

IF: 1085828

FACTURE 23/11/20-1-0419

Edité, le 13/01/21

Réf : 23/11/20-1-0419

Monsieur HOURI ABDERRAHMANE

Matricule:

CIN: B43556

JADID EL JADIDA CEDEX 1

Vous avez effectué des analyses le 23/11/20

Prescrites par le .

Veuillez trouver ci-dessous le détail de nos honoraires

code	libellé	lettre	Nb Lettre
HN2340	PCR COVID-19	BR	500

Total BM : 0

Total BP : 0

Total BR : 500

Mnt BM : 0 * 0.90 = 0

Mnt BP : 0 * 1 = 0

Mnt BR : 500 * 1 = 500

Mnt FR : 0 * 1 = 0

TOTAL dossier = 500 DH

INSTITUT PASTEUR
DU
Centre de Médecine Médicale
Service Facturation



Institut Pasteur
du Maroc

Directeur

Pr A. MAAROUFI

Biologie

Dr A. Bellik

Dr S. Kacimi

Dr C. Lhamiani

Dr J. Nouril

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. Oukadi

Cytogénétique

Dr S. Nasserddine

Monsieur HOURI ABDERRAHMANE

Demande n° **23/11/20-1-0419**

JADID EL JADIDA CEDEX 1

Demande n° **23/11/20-1-0419** - -

Edité le : mardi 24 novembre 2020

Date et heure d'enregistrement : 23/11/20 14H32

Date et heure de prélèvement : 23/11/20 14H41

Date de naissance : 01/01/1946

Hors tiers payant -

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 24/11/20

Dr. Abdelrahmane Bellik
Institut Pasteur du Maroc
Tél: +212 522 434 771

Institut Pasteur du Maroc Centre de Biologie Médicale e-mail: cbm.info@pasteur.ma

1 Place Louis Pasteur 20360 Casablanca ☎+212 522 434 471/72 ☎+212 522 434 477/+212 522 260 957

1 Rue Qortobi - Place Marchan CP 90000 Tanger ☎+212 539 931 111 ☎+212 539 932 299

web: www.pasteur.ma relation clientèle: client@pasteur.ma INPE : 090005786

