

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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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



Déclaration de Maladie

Nº M20- 0008758

57796

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 479

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Ben Hayoun Touria

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Ben Hayoun Touria Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

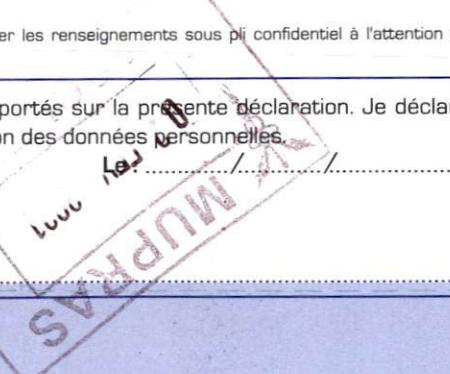
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M20-08758

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
 CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
 CNIPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
 V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
 VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
 VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
 VS = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
 PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
 K = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
 SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
 AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
 AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
 AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
 AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
 R-Z = Electro - Radiologie
 B = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- | | |
|---|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU | - LA REEDUCATION |
| - PREVENTORIUM | |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit | - LES CURES THERMALES |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes | - LA CIRCONCISION |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelons | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE |
| - dans le temps. | |

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

FEUILLE DE SOINS 637935

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom :
 Matricule : 429 Fonction :
 Poste :

Adresse :
 Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Age :
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :
 S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A le Durée d'utilisation 3 mois

*DR. Boubker JAMAL EL KERHANI
Pneumologue et Médecin de la Famille
Diplômé de la Faculté de Médecine de Reims
55 Bd Zekrouni 61000 Metz
03 24 43 23 20*

VOLET ADHERENT

DECLARATION
 Matricule N° :
 Nom du patient :
 Date de dépôt :
 Montant engagé
 Nombre de pièces jointes :



RELEVE 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
31/12/90		6		35000 Cabinet dentaire Université de la Faculté d'odontologie de Marrakech Lerktouni Gueliz Marrakech 05 24 43 23 70 Dr CHEHADA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE BELFORT 5800 AI Massira 1 - Marrakech 05 24 34 98 79 - Fax 05 24 34 98 79	01/12/90	BS 500 TA 15	560.000 H

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux
		</		

Dr JAMAL MORSI BARAKAT

- Diabétologie: D.U de Montpellier
- Echographie Générale C.U de Paris
- Medecin Assermenté
- Ex. Medecin au Service
- D'anesthesie - Réanimation (CHU Ibn Rochd)

الدكتور جمال مرسى بركات

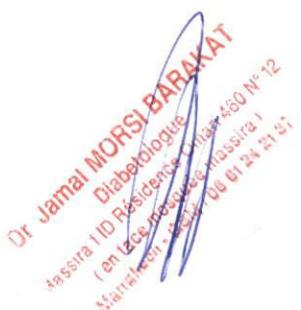
- أمراض السكري : دبلوم جامعي من منبولي
- الفحص بالصدى الصوتي: شهادة جامعية من باريس
- طبيب محلف
- طبيب سابق بقسم الانعاش
- والمستعجلات الجراحية
- (المستشفى الجامعي ابن رشد)

Marrakech le : 13 NOV 2020 مراكش في :

Dr. Jamal Morsi Barakat

10C.001711005000085

Jamal Morsi Barakat



المسيرة 1 اد اقامة العمري 460 ش 12 (امام مسجد المسيرة) - مراكش- المحمول

Massira 1 ID Résidence OMARI 460 N° 12 (en face mosquée el massira) Marrakech- Gsm: 06 61 24 21 37

مختبر بلخياط للتحاليل الطبية

LABORATOIRE BELKHAYAT D'ANALYSES MEDICALES

Dr M. ZOUGARI BELKHAYAT

Pharmacien Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine & de Pharmacie de Lyon
Ancienne Interne et Attachée des Hôpitaux de Lyon (FRANCE).
INP : 077163269

Diplômée de Biochimie clinique,
Parasitologie,
Bactériologie,
Virologie,
Hématologie,
Immunologie.

Marrakech le 4 déc. 20

Madame BEN HAYONE TOURIA

FACTURE N°	19095
------------	-------

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	
D-Dimère STA Compact max -----	B	300	
Protéine C réactive/CRP -----	B	120	Total : B 500

Prélèvements :

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

TOTAL DOSSIER 560,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq Cent Soixante Dirhams

Dr Miriam Zouhari BELKHAYAT
LABORATOIRE BELKHAYAT
580C Al Massira Marrakech
Tél 05 24 34 98 79 Fax 05 24 49 44 20

DR. EZ-ZAHRAOUI Khalil

Spécialiste en analyses biologiques médicales

- Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
- Diplôme Universitaire en Parasitologie et Mycologie
- Diplôme Universitaire en management de la qualité

الدكتور الزهراوي خليل

متخصص في البيولوجيا الطبية

- خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط
- شهادة جامعية في علم الطفيليات والنematophiles
- شهادة جامعية في إدارة الجودة

FACTURE: 38231/2021

ICE: 001652796000037 -- IF: 68907547 -- CNSS: 4322038 -- INPE: 077164564/073061939

MARRAKECH le

30/11/2020

Nom et prénom

MME BENHAYOUN TOURIA

Référence

20K1678

Médecin prescripteur

Docteur JAMAL MORSI BARAKAT

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
RECHERCHE DE L'ARN VIRUS SARS COVID COV2	500
Total du (B)	B 500
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	600,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: SIX CENT DIRHAMS

AL MASSIRA LABORATORY AL MASSIRA
DOCTEUR KHALIL EZ-ZAHRAOUI
Tél: 05 24 34 35 72 - Fax: 05 24 49 79 85
AL MASSIRA LABORATORY AL MASSIRA
DOCTEUR KHALIL EZ-ZAHRAOUI
Tél: 05 24 34 35 72 - Fax: 05 24 49 79 85

DR. EZ-ZAHRAOUI Khalil

Spécialiste en analyses biologiques médicales

- Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
- Diplôme Universitaire en Parasitologie et Mycologie
- Diplôme Universitaire en management de la qualité

الدكتور الزهراء خليل

متخصص في البيولوجية الطبية

- خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط
- شهادة جامعية في علم الطفيليات والفطريات
- شهادة جامعية في إدارة المختبر

135-30K20

Prélèvement du : 30/11/2020

Résultats édités le: 01/12/2020

MME BENHAYOUN TOURIA

Dossier N° 20K1678

Page: 1/1

BIOLOGIE MOLECULAIRE

RECHERCHE DE L'ARN DU VIRUS SARS-CoV2 PAR RT-PCR

(Extraction par GENOLUTION Nextractor NX-48S. Amplification par CFX 96, BIORAD)

Origine du prélèvement: **Nasopharynx**Indication du prélèvement: **Dépistage**RECHERCHE: **Positif, ARN du virus SARS-CoV2 détecté**

(RT-PCR 3 cibles: Gène RdRp1, RdRp2, Gène E,)

CONCLUSION.....**La recherche du virus SARS-CoV2 est positive ce jour**

Total de pages: 1

