

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0009031

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4681 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MOUHI B. Mohamed
Date de naissance : 01.07.1952
Adresse : E1/45 LOT KHOZAMA LISASFA Extension
Tél. : 0652 747540 Total des frais engagés : 2500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 02/12/2020
Nom et prénom du malade : TAYMINE ZAHRA 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 : CASABLANCA
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/12/2020

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-09031

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 : 4681
Nom de l'adhérent(e) : MOUHI B. Mohamed
Total des frais engagés : 2500,00
Date de dépôt :

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
21/10/20	G		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/12/20	PCB + S	500,00
	02/12/20	TDM Oropharynx	2000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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 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

RADIOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE
RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE
CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOETHERAPIE - CHIMIOETHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياضي - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

CASABLANCA

Dr M. BENJANI
Anesthésiste - Réanimateur
INP : 0910255007

2/12/20.

Mme

TAMINE ZAHRA

• Nex du Sein métastatique
• Syndrome fœtale + Déficit
reproductif

- Per Covid19

Dr M. BENJANI
Anesthésiste - Réanimateur
INP : 0910255007

LABORATOIRE NATIONAL
DE RÉFÉRENCE

RADIOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE
RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE
CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOETHERAPIE - CHIMIOETHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصورة - معجل الإلكترونات حامل للسكانز - الجراحة الإشعاعية
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

CASABLANCA

DR. BENNANI
Anesthésiste - Réanimateur
INP: 0522 23 45 40

2/12/20

Mme TAMINE Zahra

Nœud du Sein Métabolique
Syndrome fébrile + Défaillance rénale

TDM Thorax

Dr M. BENNANI
Anesthésiste - Réanimateur
INP: 0522 23 45 40

مصحة المغرب
CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Cadi Ayyad Maârif
Tél: 0522.990.990 - Fax: 0522.23.45.40
CASABLANCA

مصحة المغرب

CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39

01/12/2020

NOM M. TAMIM ZAHRA

Casablanca, le

Tamine Z

FACTURE 1017/2020

DESIGNATION	TOTAL
*TDM THORACIQUE	2000
TOTAL	2000

Arrêtée la présente facture a la somme de

DEUX MILLE DIRHAMS

مصحة المغرب
CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Cadi Iass Maârif
Tél: 0522.990.990 - Fax: 0522.23.45.40
CASABLANCA

FACTURE N° : 98526 / 20

Dossier réalisé le : 02/12/20 10:00

A l'attention de : **Mme TAMIME ZAHRA**

Identifiant du patient : **20M0000889**

Analyses :

COVID-19 - PCR

B 500

500,00 DHS

Total dossier : 500,00 DH

Arrêté la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

LABORATOIRE NATIONAL
DE REFERENCE

Identifiant du patient : 20M0000889

Date de naissance : 01/01/1951

Sexe : F

Date de l'examen : 02/12/2020

Prélevé le : 02/12/2020 à 09:57

Edité le : 02/12/2020 à 19:47

Mme TAMIME ZAHRA

Dossier N° : C20121093



DÉPISTAGE ET SUIVI DU COVID-19

BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

(Recherche qualitative de l'ARN du SARS-CoV-2, PCR en temps réel)

Nature du prélèvement

: Ecouvillon nasopharyngé

CONCLUSION

: ARN viral du SARS-CoV-2 négatif

LABORATOIRE NATIONAL
DE REFERENCE

Le 02/12/2020 à 19:47

Signature

Pr. YAHYAOUI Anass

Laboratoire National de Référence
Pr. Anass YAHYAOUI
Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

Dossier : **C20121093**
de : **TAMIME ZAHRA**
IPP : **20M0000889** Date de naissance : **01/01/1951**
Analyses : COVID-19 - PCR

Reçu de caisse

Numéro	Intitulé	Date encaissement
C20121093	TAMIME ZAHRA	02/12/2020 10:09

Mode paiement	Numéro de quittance	Montant Dhs
Espèce	88381	500.0
Total payé		500.0

Reçu établi par : AHARROY Kenza

Pour information, les résultats des analyser sont à récupérer après 48h du prélèvement au niveau du chapiteau de 9h00 à 16h00
merci de vous munir de votre pièce d'identité et du présent reçu de caisse

مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

Casablanca , le 01/12/2020

NOM : **tamim zohra**

MEDECIN PRESCRIPTEUR:

EXAMEN REALISE : **TDM THORACIQUE**

Technique : Acquisition hélicoïdale sans injection de PDC, avec reconstructions multi-planaires.

Résultat :

Plage en verre dépoli siège de réticulations multifocale bilatérale.

Adénopathie médiastinale de taille infra centimétrique.

Epanchement pleural gauche de faible abondance.

Bronchectasie de traction.

Epaississement non septaux

CONCLUSION:

Aspect TDM d'un crazy paving avec une atteinte pulmonaire estimée à 70% évocateur d'une pneumonie virale **Covid 19** vu le contexte pandémique à confronter au reste du bilan.

Cordialement

مصحة المغرب
CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Kadi Iass Maârif
Tél: 0522.990.990 - Fax: 0522.23.45.40
CASABLANCA

Signé :