

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

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

Déclaration de Maladie
N° P19- 057748

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2658 Société : 61054

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MENIAR EL MENIARI

Date de naissance : 30/06/1952

Adresse : 179, LOTIS BRNDOUNE 80, TANGER 2989

Tél. : 0672833390 Total des frais engagés : 515,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Jaâfar HEIKEL
Spécialiste en Maladies Infectieuses
Diplômé Universitaire en Gériatrie
ICE: 001636962000076

Date de consultation : 30/07/2021

Nom et prénom du malade : Jemmar el menari Age: 68ans

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

Nature de la maladie : Post-Covid

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 : 2989 Le : 23/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
Service
TANGER

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
30/01/21	Cs		gratuit	

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
	30/01/21		515,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

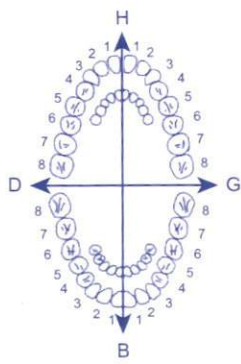
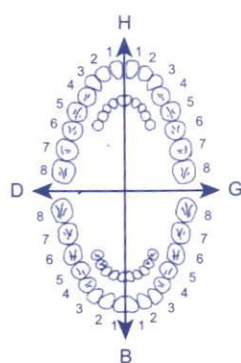
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX											
				MONTANTS DES SOINS											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DEBUT D'EXECUTION											
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	G		D		00000000 35533411	00000000 11433553	B		
H															
25533412 00000000	21433552 00000000														
G															
D															
00000000 35533411	00000000 11433553														
B															
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
			COEFFICIENT DES TRAVAUX												
			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

Casablanca, le 30.01.2021

EL Deniari Denier

- 1) D-Dimery
- 2) Fibrinogene
- 3) Sérologie SARS COV2 IgG/IgM



Pr. Jaâfar HEKHA
Spécialiste en Maladies Infectieuses
Diplôme Universitaire en Gériatrie
ICE: 001336962000076



Casablanca le, 30-01-2021

FACTURE N° 000172560

Nom, Prénom du patient : Mr El Meniari MENIAR

Date de l'examen : 30-01-2021

Type d'examen : Examen biologique

Demande N° : 2101300100

Médecin demandeur : Ordonnance interne

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	0	
0233	Fibrinogène	B40	B
0496	D Dimers turbidimétrie ou immunomarquage	B200	B
	Sérologie SARS-COV19-test d'orientation	-	HN

Total des BHN : 515

Montant total en chiffre : 515DHS

Montant Total en lettres : cinq cent quinze dirham

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction
conformément à l'article 91-VI-1° du Code Général des Impôts.



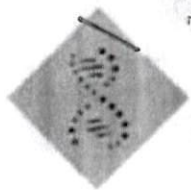
101, Boulevard Abdelmoumen, Casablanca – Maroc; Tel : +212(0)5 22 42 39 60/55; Fax : +212(0)5 22 26 22 09

E-mail : contact@liab.ma - **site Web :** www.liab.co.ma

IF : 40432071 ; **CNSS :** 8844103 ; **Patente :** 34720627 ; **N°ICE :** 001663876000025 ; **INPE Biologiste :** 107159782 ;

INPE laboratoire : 093060846

Banque : attijariwafa bank, Agence ABDELMOUMEN , **R.I.B :** 007 780 0002385000302818 20

**LIAB**

المختبر الدولي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

COMPTE RENDU D'ANALYSES**Medecin Prescripteur :** Ordonnance interne**Spécialité :****Adresse :****Correspondant :****Edition du:** 30-01-2021 à 16:37**Dossier N° :** 2101300100**MR EL MENIARI MENIAR****Né(e) le :** 30-06-1952**Prélevé :** au labo le 30-01-2021

à 08:40

Analyses	Résultats	Intervalles de référence	Antériorités
----------	-----------	--------------------------	--------------

HEMOSTASE

Plasma citraté

D-Dimères:

(Plasma – Immuno-Turbidimétrie ARCHITECT ABBOT)

223 ng/ml

(<198)

Fibrinogène

(Méthode chromométrique / ACL TOP 350 (IL))

8.10 g/L

(2.76–4.71)

SEROLOGIE VIRALE**Sérologie SARS COV2. Test d'orientation diagnostic IgG/ IgM****IgG :**

(Sérum, Plasma)

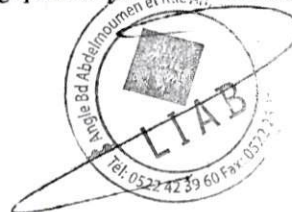
Positive

IgM:

Négative

Ce test est utilisé pour l'orientation diagnostic. Tout résultat positif doit être contrôlé par une méthode automatisée de diagnostic biomédical.

Les examens rendus sous accréditation sont identifiés par le symbole []. Toute copie ou utilisation de cette référence ne peut être réalisée sans autorisation écrite du LIAB.*

Demande validée biologiquement par : **PROF IDRISSE LARBI**

Page 1 sur 1

Horaires d'ouverture : Lundi au vendredi : 7h30–18h30/Samedi et jours fériés :**7h30–13h00**

Angle Bd Abdelmoumen et rue arrachati, Casablanca – Maroc; Tel : +212(0)5 22 42 39 60/55; –GSM : 06 61 85 78 48 Email: contact@liab.ma

Site Web : www.liab.co.ma –IF : 40432071 –ICE : 001663876000025 –CNSS : 8844103 –Patente : 34720627 –INPE : 107159782

Prélèvement à domicile sur RDV