

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.

Radiologie 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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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° W21-632220

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8216 Société : RAM 77510

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BOULHIR Vihali

Date de naissance : 09/01/65

Adresse : 262 Nawrass Dar Bouazza Casablanca

Tél : 0661251206 Total des frais engagés : 1572,20

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 091063214

Date de consultation : 15/08/2021

Nom et prénom du malade : M. BOULHIR Vihali

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

Nature de la maladie : avec date de survenue

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'at: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 30.06.21

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
15/05/2021	C ₁		150 00	INP : 091063244

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18-25-2021	T = 239,20
	18-25-2021	T = 590,93

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/05/91	SCR +	600.00
			JNP 003006862

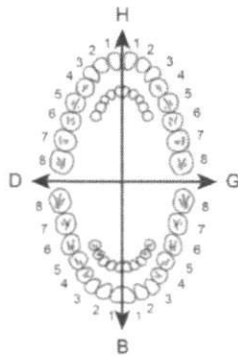
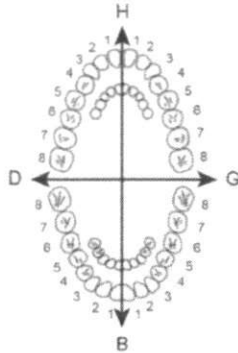
[illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan d

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

CABINET MEDICAL

عيادة طبية

Docteur Abdellah FAKIR

الدكتور عبد الله فاكير

Médecine Générale

الطب العام

- ECHOGRAPHIE
- ECG
- DIABÉTOLOGIE
- PRÉVENTION ET DEPISTAGE EN GYNÉCOLOGIE

- الفحص بالصدى
- التخطيط الكهربائي للقلب
- داء السكري
- الوقاية والتشخيص المبكر لأمراض النساء

Casablanca, le 18/05/2021

Ad = BOULHIR
Aue AL

52.20 - coln
2 p/r du 16 - 25
3x60.00
- Remple
1 p/r x 21 - 2

T = 232.20

PHARMACIE DES JARDINS

الدكتور عبد الله فاكير
Résidence Abouab
Oum Rabia Porte
Appt. 5 Hay Hassani
Tél: 0522 89 70 90

PHARMACIE DES JARDINS
Rue de l'Indépendance
Casablanca
Tél: 399368 - 1. 399368
Rue de l'Indépendance
Casablanca
Tél: 05 22 89 70 90

CABINET MEDICAL

عيادة طبية

Docteur Abdellah FAKIR

الدكتور عبد الله فاكر

Médecine Générale

الطب العام

- ECHOGRAPHIE
- ECG
- DIABÉTOLOGIE
- PRÉVENTION ET DEPISTAGE EN GYNÉCOLOGIE

- الفحص بالصدى
- التخطيط الكهربائي للقلب
- داء السكري
- الوقاية والتشخيص المبكر لأمراض النساء

Casablanca, le 15/05/2024 في الدار البيضاء

M^{le} BOULHIR AMAL

- serology covid 19
- PCR covid 19



Identifiant du patient : 21E0000622

Date de naissance : 09/02/1974

Sexe : F

Date de l'examen : 17/05/2021

Prélevé le : 17/05/2021 à 07:50

Edité le : 17/05/2021 à 16:01

Mme BORGAI AMAL

Dossier N° : C21050902



DÉPISTAGE ET SUIVI DE LA 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 positif.

SÉROLOGIE

(Chimiluminescence)

Anticorps totaux : NEGATIF
Titre : 0.099 COI
CONCLUSION : Absence d'anticorps anti-SARS CoV2.

En raison du délai d'apparition des anticorps à la suite d'un contact avec le virus, un test négatif n'exclut pas une contamination.
Seule la recherche du virus par RT-PCR permet de confirmer la présence du virus chez un individu.



Le 17/05/2021 à 16:01

Signature

Dr. RAZIK Nadia

Dr. Nadia RAZIK
Pharmacien Biologiste
Laboratoire National de Référence

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.

FACTURE N° : 17359 / 21

Dossier réalisé le : 17/05/21 07:53

A l'attention de : **Mme BORGAI AMAL**

Identifiant du patient : **21E0000622**

Analyses :

COVID-19 - PCR	B 500	500,00 DHS
COVID-19 - Sérologie	B 100	100,00 DHS

Total dossier : 600,00 DH

**Arrêté la présente facture à la somme de :
SIX CENTS DIRHAMS**

LABORATOIRE NATIONAL
DE REFERENCE