

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 : 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° M21- 0006349

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

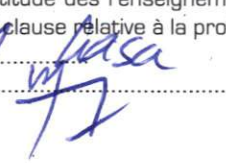
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00977 Société : Ram
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autres
 Nom & Prénom : HOUMSI ABDELLAH
 Date de naissance : 01/10/1942
 Adresse : 101 AMANE BLOC D'IMMOBILITE
 Tél. : 0671037874 Total des frais engagés : 742 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 07/09/21
 Nom et prénom du malade : PC TAIZ N. B. Loe Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : PC
 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 : 07/09/21 Le : 07/09/21
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
	07-05-21	840	512.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

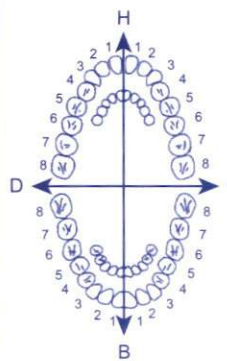
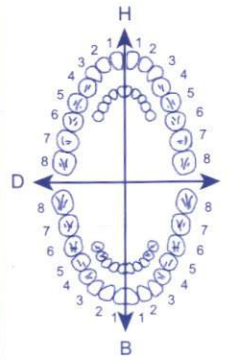
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 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														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

INP 061125910

Dr. RAIS BTISSAM

ORDONNANCE

Médecine de travail - Diabétologie et nutrition

Dar Lamane, bloc L, imme 277 R.D.C N° 2
Hay Mohammadi, Ain Sebaa - Tél : 0522 60 68 69

27.08.21, Le: 21

ECH TARG' Boune

PCR

laboratoire populaire

32 Bd La Grande Tenture

Hay Mohammadi, Larochlanca

laboratoirepopulaire@ipam.ma

Tél 1 : 05 22 61 33 34

Tél 2 : 08 08 52 55 39

Fax : 05 22 61 33 35

05 22 61 33 38

Dr. RAIS BTISSAM

Médecine de travail - Diabétologie et nutrition

Dar Lamane, bloc L, imme 277 R.D.C N° 2

Hay Mohammadi, Ain Sebaa - Tél : 0522 60 68 69

LABORATOIRE POPULAIRE D'ANALYSES MEDICALES

12 Bd la grande ceinture Hay Mohammadi Casablanca
Tél : 05 22 61 33 34 / 08 08 52 55 39 - Fax : 05 22 61 33 35

ICE : 002331414000069

Patente : 30300440

IF : 96513170

FACTURE N° : 210900414

CASABLANCA le 07-09-2021

Mme ECHTAIBI Mbarka

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
	COVID-19 par RT_PCR	B	400

Total des B : 400

TOTAL DOSSIER : 512.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent douze dirhams .


Laboratoire Populaire
12 Bd la Grande Ceinture
Hay Mohammadi Casablanca

Date du prélèvement : 07-09-2021 13:53
Code patient : 2108310276
Né(e) le : 01-01-1957 (64 ans)

Mme ECHTAIBI Mbarka

Dossier N° : **2109070243**

Prescripteur :



BIOLOGIE MOLECULAIRE

Test de détection du coronavirus (COVID-19):

Nature du prélèvement:

NASO-PHARYNGÉ/ NASOPHARYNGEAL/ NASOFARINGEO

-Résultat:

(RT-PCR-GeneProof COVID-19 Plus)

POSITIF /POSITIVE/ POSITIVO: COV-2 VIRUS
(DETECTABLE/ DÉTECTÉ/ DETECTADO)

Ct du gène RdRp + E :

26.21

(>35.00)

Ct du gène N :

28.98

(>35.00)

Un résultat négatif doit être pris en charge avec prudence. Selon les publications actuelles, ce résultat peut être aussi en rapport avec le début d'incubation du virus.

Dans tous les cas, les mesures d'hygiène doivent être maintenues.

Validé par : **Dr. SENHAJI RHAZI FATIMA ZAHRA**

