

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-664878

103139

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12756

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HANDOUF AMINE

Date de naissance : 10/01/1988

Adresse : NR 60 IMM B APPT 11 RESIDENCE

SNANE DALIA BOUZENHA

Tél. : 0674195138

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Médecin Généraliste

Cachet du médecin :

1, Rue Ain Louh Av. Lalla Amina
Tabriquet Sale - Tél.: 05 37 86 45 86

Date de consultation : 14/01/2022

Nom et prénom du malade : HANDOUF AMINE

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : DC de 1er

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 : RABAT

Le : 14/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

MUPRAS
09 JAN. 2022
H. HAKANI

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
11/01/22	caul	150.00	INP 1018308	

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
	11/01/22	HY 200 PCR	400.00 dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 de l'ODF.

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"> <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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

DOCTEUR HASSOUNI Samer
Médecin Généraliste
1, Rue Ain Louh Av. Lalla Amina
Tabriquet Sale - Tél.: 05 37 86 45 86

Sali, Le: 14/01/2022

HANDOUF ANINE

Fam WB.

TB COVID 19 (PCR)

DOCTEUR HASSOUNI Samer
Médecin Généraliste
1, Rue Ain Louh Av. Lalla Amina
Tabriquet Sale - Tél.: 05 37 86 45 86



LABORATOIRE
D'ANALYSES BIOLOGIQUES & DE RECHERCHES

Rabat, Le

17/01/22

M:

Amine Handouf

FACTURE

N° 026922

Analyses demandées, voir ordonnance Dr: _____

Nomenclature B:

HW700 PCR Control

Total:

400,00

Arrêtée à la somme de : _____

4, rue Tihama (en face entrée Hôtel Balima) (أمام فندق باليما)
Rabat - Tél: 0537 70 80 82 / 0537 70 71 00 - Fax: 0537 70 12 40: فاكس -
Patente: 25107305 - CNSS: 1451004 - ICE: 001644497000040 - INPE: 103001905

☎0605 95 97 97 -  fb.com/benhassain

مختبر التحليلات الطبية



Laboratoire fondé en 1948



LABORATOIRE
D'ANALYSES BIOLOGIQUES & DE RECHERCHES

1948 - 2022

74 ans au service de votre santé

Dr. BENHASSAIN Karim

الدكتور بن حساين كريم

MR HANDOUF AMINE

Dossier ouvert	15/01/2022	Dossier N°:	22AP1764
File opened on		File Number:	
Heure de prélèvement	08H43	CIN/Passeport:	AB265427/--
Specimen collected at :		Date de naissance:	
Edité le	15/01/2022	Date of birth:	10/01/1988
Printed on			

BIOLOGIE MOLECLAIRE

Origine du prélèvement: NASO-PHARYNGE
Résultat: Positif
Conclusion: Présence d'ARN du SARS-COV-2 (Covid 19)

MOLECULAR BIOLOGY

Origin of sample NASOPHARYNGEAL
Result Positive
Conclusion Presence of SARS-COV-2 RNA (Covid 19)

Les tests PCR effectués avec la technique de biologie moléculaire RT-PCR GENEPROOF® (Gènes cibles RdRp, N et E). Les résultats d'un test négatif ne prouvent pas avec certitude que le patient n'est pas infecté par le COVID19. Cette problématique concerne essentiellement le début d'incubation du virus. Il y a donc lieu de prendre toutes les mesures de prévention pour éviter d'éventuelles transmissions à l'environnement.



Laboratoire d'Analyses
Biologiques et de Recherches
Dr. BENHASSAIN Karim
Tél.: 05 37 70 71 00 / 05 37 70 80 82
Fax: 05 37 70 12 40