

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-692874

Par

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10773 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENKIRAN SIHAN

Date de naissance : 14/11/1977

Adresse : AV BIR KASER VILA HAJAR SOUSI RABAT

Tél. : 0668.815991 Total des frais engagés : 319,80

108 333

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. ALZEMMOURI
NEUROLOGUE
2, Place My Ali Charif - Rabat
Tél : 05 37 76 02 44

Date de consultation : 10-01-2022

Nom et prénom du malade : Benkirane Sihan

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

Nature de la maladie : SOUS COU SUR SEP

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-692874

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
10-01-22	ordonnance		G	INP : INP-101009082 Dr K. ALIEMMOURI NEUROLOGUE 2, Place M. Ali Cherif - Babat Tel : 01 47 33 12 34

[illegible][illegible]

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

* 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 traitements 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la prothèse</p>			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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

INP:

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ALZEMMOURI Khadija

NEUROLOGUE

Ancienne Maître Assistante

à la Faculté de Médecine de Rabat

ZINASKIN .mg e Nerveux

PRU 40DH90 EXP 09/2024
LOT 18086 21

20 comprimés effervescents

Rabat, le

10.01.2022 (2022)

Mme Benkirane Sitoun

Zithromax 500Z boîte

40.90 1 cp/j x 6 jours

Zinaskin cp : 1 boîte

1 cp/jour

Vitamine C 1000.

1 cp le matin

56.30

D Cure 25000 : 4 A

1 A / semaine.

Doliprane 500.

2 cp/j

05 37 76 62 14 : الهاتف - الرباط - الشريف

2, Place Moulay Ali Cherif (près de la place Piétri) - Rabat - Tél : 05 37 76 62 14

الدركتور خديجة آل الأزموري

أستاذة مساعدة سابقا بكلية الطب

إختصاصية في أمراض الجهاز العصبي

ومرض الصرع

Dr K. ALZEMMOURI
NEUROLOGUE
2, Place Moulay Ali Cherif - Rabat
Tél : 05 37 76 62 14

UT.AV. : P.P.V. :

LOT N° : 79,70

UT.AV. : P.P.V. :

LOT N° : 79,70

15,80
PPV 15 DH 80
PER 12/22
LOT 12868

15,80
PPV 15 DH 80
PER 07/23
LOT 02010

15,80
PPV 15 DH 80
PER 10/24
LOT 82753
S2

15,80
PPV 15 DH 80
PER 01/24
LOT 8072

Dr K. ALZEMMOURI
NEUROLOGUE
2, Place Moulay Ali Cherif - Rabat
Tél : 05 37 76 62 14

الكبار والصغار - بالميعاد

ADULTES - ENFANTS - sur rendez-vous

3 4

1 2

1 2

MCP210MA00418
25/11/2020

Importé par : Ergo Maroc
Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.
AMM N° : 279/2020mp/NROd



Cholécalciférol 25 000 UI
Vitamine D3

D-CURE® AMPOULE

4 ampoules buvables

PPV: 56,30 DH
LOT: 21H30D
EXP: 08/2023

4

Ergo Maroc



Solution huileuse buvable
محلول زيتي الشرب

25 000 وحدة دولية
كوليكالسيفيرول D3
فيتامين

4-أمنولات

4 أمنولات للشرب

Composition:
Cholécalciférol 25 000 UI
Excipients :asp.....1ml
Indications, posologie, mise en garde spéciales :
Lire attentivement la notice avant utilisation.
أقرأ النشرة جيداً قبل الاستعمال.
نوع: الأستعمال: الجرعات و تحذيرات خاصة.

A conserver :
- Dans son emballage d'origine à l'abri de la lumière et à une température ne dépassant pas 25°C.
- Hors de la portée des enfants.
- Éviter l'usage prolongé.
يحفظ في مكانه الأصلي بعيداً عن الضوء و في درجة حرارة لا تتجاوز 25° درجة.
يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.

Fabriquée par
SMB
SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.

D-CURE® AMPOULE
6 118001 320080

0

SMB

مختبر التحليلات الطبية



Laboratoire fondé en 1948

Dr. BENHASSAIN Karim



1948 - 2022
74 ans au service de votre santé

لدكتور بن حسانين كريم

MME BENKIRAN SIHAM

Dossier ouvert
File opened on
Heure de prélèvement
Specimen collected at :
Edité le
Printed on

10/01/2022

08H12

10/01/2022

Dossier N°:
File Number:
CIN/Passeport:
Date de naissance:
Date of birth:

22AP0802

A334950/--

14/11/1977

BIOLOGIE MOLECULAIRE

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