

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

- 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

M22- 0006974

115733

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3163 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SOULIMANE KHEDOUJA / ARZANU
Date de naissance : 26/05/42
Adresse : 123 Bd ABOU WADI BOURGOGNE
Dénouement SEKKAT B
Tél. 06 79 79 37 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 16.06.22
Nom et prénom du malade : SOULIMANE Khedoudja Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Pharyngite
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
16/06/22	a		2000,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Médecin ou du Proviseur	Date	Montant de la Facture
	16/06/22	188,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16.06.22		400 SH

AUXILIAIRES MEDICAUX

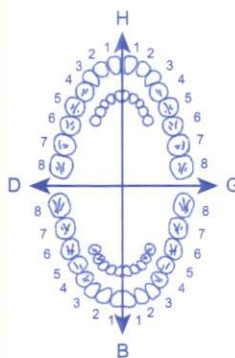
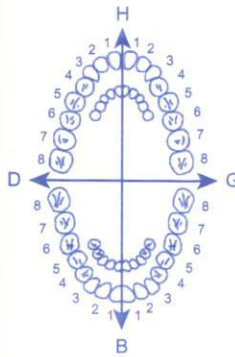
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</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	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Amal SALIM

Lauréate des Facultés de Médecine
de Rabat, Bordeaux et Rennes

Médecine Générale

Diabétologie - Nutrition

Echographie - Médecine du travail



الدكتورة أمال سليم
خريجة كليات الطب بالرباط
بوردو، رين
الطب العام
داء السكري والحمية
الفحص بالصدى - طب الشغل

Casablanca, Le:

16/06/22 3163

M^{re} SOULIMANE KHEDOUDJA

72.00

1) Unizetro 500

UNIZITRO[®] 500 mg ○
3 comprimés pelliculés



69.00 1 cp/j x 03 j

2) Docuinox sup

LOT: 220 168
DLUO: 03/2025
29.000H



1 cas x 3/j

47.80

3) Biomyrase sp

1 cp x 3/j ou

Daren

47.80

188.8

PPV:
EXP:
Lot N°:

Dr. Amal SALIM

Médecine Générale

Diabétologie Nutrition

Angle Bd. Bourgogne et Rue Abou Choujaa

El Fardj, Apt. N°4, 1^{er} étage - Casablanca

Tel : 05 22 26 34 66



Dr. Amal SALIM

Médecine Générale

Diabétologie Nutrition

Angle Bd. Bourgogne et Rue Abou Choujaa

El Fardj, Apt. N°4, 1^{er} étage - Casablanca

Tel : 05 22 26 34 66

Dr. Amal SALIM

Lauréate des Facultés de Médecine
de Rabat, Bordeaux et Rennes

Médecine Générale

Diabétologie - Nutrition

Echographie - Médecine du travail



الدكتورة آمال سليم
خريجة كليات الطب بالرباط
بوردو، رين

الطب العام
داء السكري والحمية
الفحص بالصدى - طب الشغل

Casablanca, Le: 16/06/22

II Soumiane Khedoudja

nb 3163

Faite svp

Test PCR covid

Dr Amal SALIM
Médecine Générale
Diabétologie Nutrition
Angle Bd. Bourgogne et Rue Abou Choujaa
El Fardi, Appt. 4 - Casablanca
Tél.: 05 22 26 34 66

L.A.M.®
Laboratoire Bourgogne D'Analyses Médicales
136, Résidence Belhacen Bd. Bourgogne
Tél.: 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99
Fax: 0522 20 31 00 - Casa

LABORATOIRE BOURGOGNE D'ANALYSES MEDICALES
136 Résidence Belhecen, Boulevard Bourgogne
Tél : 0522208099/0522208102 - Fax : 0522208100
@ : labobourgogne.lamb@gmail.com

FACTURE N° : 220001850

INPE : 093064731



093064731

Casablanca le 16-06-2022

IF: 15231383
N°Patente: 35490624

ICE: 001692860000053
N°CNSS: 4430534

Mme Khedoudja SOULIMANE

Demande N° 2206160043
Date de l'examen : 16-06-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
	Recherche d'ARN SARS-COV-2 (COVID 19)	E400	E

Total des B : 0

TOTAL DOSSIER : 400.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cents dirhams

L.A.M.B.
Laboratoire Bourgogne D'Analyses Médicales
136, Résidence Belhecen, Bd. Bourgogne
Tél.: 0522 20 81 02 / 0522 20 80 99
Fax: 0522 20 81 00 - Casa



Edition : 16-06-2022

Mme SOULIMANE Khedoudja
CIN : BE843543
Date de naissance : 26-05-1942
Code Patient : 2103050020
Prélèvement du : 16-06-2022



BIOLOGIE MOLECULAIRE

SARS-CoV-2 (COVID-19) RT-PCR

(Amplification génétique et hybridation moléculaire/Genetic Amplification and Molecular Hybridization)

Nature de prélèvement:
(sample type)

Naso-pharyngé /Nasopharyngeal

Résultat:
(Result)

ARN du VIRUS SARS-COV-2 NON DETECTE/
NOT DETECTED/NEGATIF

Heure de prélèvement :

14:05

Remarque :

Concernant les voyageurs ils peuvent télécharger leurs Pass Sanitaire via le portail :
www.liqahcorona.ma
(Service en ligne je télécharge mon pass sanitaire)

Validation Biologique par : Dr BELLAMINE KAWTHAR

Dr. Bellamine Kawthar
Médecin Biologiste
Laboratoire d'Analyses Médicales
Bourgogne

L.A.M.B.
Laboratoire Bourgogne D'Analyses Médicales
136, Résidence Belhacen Bd. Bourgogne
Tél. : 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99
Fax : 0522 20 81 00 - Casa

INPE : 097164701

Page : 1/2

Adresse : 136, Résidence Belhacen , Bd. Bourgogne - Casablanca

Tél .: 05 22 20 80 99 / 05 22 20 81 02 - **Fax :** 05 22 20 81 00

Mail : labobourgogne.lamb@gmail.com

site web : www.labobourgogne.com