

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- 0011516

126367

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6640 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TOURBY BOUCHAÏB
Date de naissance : 26/01/1960
Adresse : Rue 39 N° 45/47, LAMMOUNT
20190, CASABLANCA
Tél. : 0640312716 Total des frais engagés : 1900,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/06/2022
Nom et prénom du malade : TOURBY BOUCHAÏB Age : 62 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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.

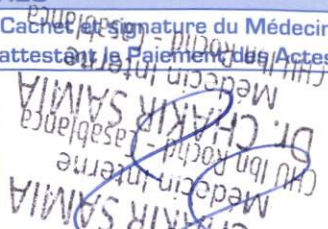
Fait à : CASABLANCA

Le : 01/08/2022

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
14/06/2022	CS		6	
15/06/2022	CS		6	

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
	14/06/22	PCR	500.000
	15/06/22	PCR	600.000

AUXILIAIRES MEDICAUX

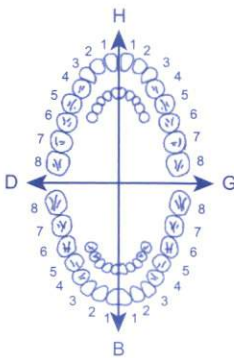
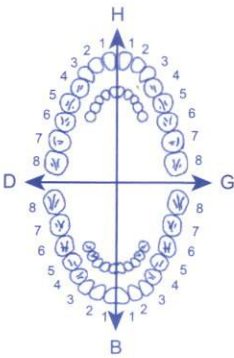
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Hôpital sans Tabac

مستشفى بدون تدخين

ORDONNANCE

M 10622

M^r. TOURBY BOU CHAIB

Âge = 62 ans

Se présente pour dyspnée
+ toux évoluant dans un contexte
fébrile depuis 3 j.

A l'ex: conscient, polypnéique,
tachycarde, $SpO_2 = 90\%$

APP = Rouffants bilatéraux + légers
sibilants

⇒ SVP faire TDM thoracique



IBN ROCHD ابن رشد
Casablanca الدار البيضاء
Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

Hôpital sans Tabac
Fumer tue

المملكة المغربية
وزارة الصحة

المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 19/06/2022

ORDONNANCE

Docteur :

M. TOURBY Bouchaib

Age = 62 ans

Dyspnée + toux évoluant depuis

3 j. $SpO_2 = 90\%$ $T = 39^\circ$

→ Ne pas faire PCR Covid

LABORATOIRE NATIONAL
DE REFERENCE

DR. CHAKIR SAMIA
Médecin Interne
CHU Ibn Rochd - Casablanca

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 73 598 / 2022 du 14/06/2022

Nom patient : **TOURBY BOUCHAIB**

Entrée 14/06/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 14/06/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
SCANNER THORACIQUE	1,00		1 500,00	1 500,00
			Sous-Total	1 500,00
Total Frais Clinique				1 500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
MILLE CINQ CENTS DIRHAMS	Total	1 500,00

	Espèces			Total encaissé	Solde
Encaissements	1 500,00			1 500,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Service Radiologie
 Tel : (973 2) 0529 0144 66
 E-mail : www.hkz@zckm.ma

En effet, nous ne pouvons procéder au changement de la date

Identifiant du patient : 20K0014744

Date de naissance : 26/01/1960

Sexe : M

Date de l'examen : 15/06/2022

Prélevé le : 15/06/2022 à 12:01

Edité le : 15/06/2022 à 20:41

Mr TOURBY BOUCHAIB

Dossier N° : C22060331



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.

LABORATOIRE NATIONAL
DE REFERENCE

Le 15/06/2022 à 20:41

Signature

Dr. RAZIK Nadia

Dr. Nadia RAZIK
Pharmacien Biologiste
Laboratoire National de Référence

Laboratoire National de Référence

FACTURE N° : 5071 / 22

Dossier réalisé le : 15/06/22 12:03

A l'attention de : **Mr TOURBY BOUCHAIB**

Identifiant du patient : **20K0014744**

Analyses :

COVID-19 - PCR

B 400

400,00 DHS

Total dossier : 400,00 DH

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

**LABORATOIRE NATIONAL
DE REFERENCE**

CASABLANCA, le 14/06/2022

PATIENT : TOURBY Bouchaib

TDM THORACIQUE

TECHNIQUE : Examen réalisé par un scanner multi barrettes type GE en acquisition spiralé, avec injection de produit de contraste, avec reconstruction dans les différents plans de l'espace.

RESULTATS :

→ **L'analyse en fenêtres parenchymateuses objective :**

- Foyer en verre dépoli basal gauche avec quelques épaississements septaux (environ 2% du parenchyme pulmonaire) .
- Epaississement des deux coiffes pleurales séquellaire.
- Micro nodule calcifié du lobe moyen mesurée 3 mm, séquellaire.
- Absence de nodule parenchymateux suspect.
- Absence de dilatation ou d'épaississement des bronches.
- Pas de distorsion bronchique
- Pas d'emphysème

→ **L'analyse en fenêtres médiastinales :**

- Absence d'épanchement pleural liquidien.
- Absence d'épaississement pleural ou pariétal.
- Absence d'adénopathies médiastinales.

CONCLUSION :

Comparativement à l'examen du 14/03/2021 :

Apparition d'un foyer de verre dépoli basal gauche évoquant en premier une pneumopathie interstitielle d'origine infectieuse (COVID-19) à confronter aux données d'une PCR.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr Rami**

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,

BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.fckm.ma

