

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.

Biologie 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° M20- 0004994

87735

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

MUPRAS
RECEPTION 9

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04982 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAYAT M. M. M. M.

Date de naissance : 28/02/1963

Adresse : H. M. M. M.

Tél. : 06 65 61 86 34 Total des frais engagés : 743,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/08/2021

Nom et prénom du malade : MASNING FAYOU Age : 57 ans

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

Nature de la maladie : fièvre

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 : Darou Le : 27/09/2021

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
				06 10 33 619

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/09/2021 INPE 10736	203,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21.09.21	PS+LHO	LHO DH

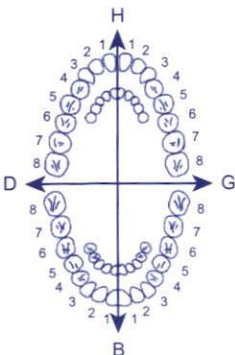
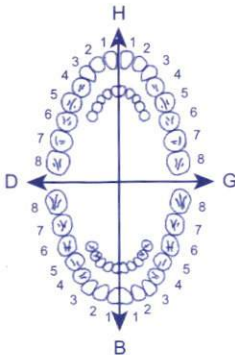
[illegible]

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 d'occlusion.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX													
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				DATE DU DEVIS													
					DATE DE L'EXECUTION												

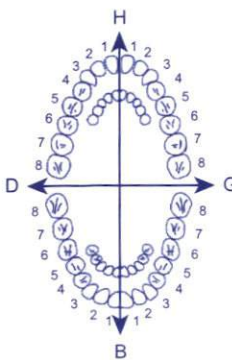
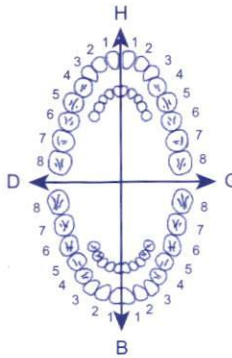
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan d

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><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></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'EXECUT

Docteur Fatiha BITI

MEDECINE GENERALE

DIPLOME DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE POITIERS FRANCE

DIPLOMEE EN ECHOGRAPHIE GENERALE :
ABDOMINALE ET GYNÉCO-OBSTETRICIALE
DE L'UNIVERSITE DE PARIS

DIPLOMEE EN PATHOLOGIE INFECTUEUSE
PEDIATRIQUE DE L'UNIVERSITE DE TOURS

ANCIENNE ASSISTANTE DES HOPITAUX
DE PARIS

الدكتورة فتيحة بيتي

الطب العام

خريجة كلية الطب بيواني (فرنسا)

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى
للبدن وأمراض النساء والتوليد
من جامعة باريس

حائزة على دبلوم الأمراض المعدية
للأطفال من جامعة نور

طبيبة سابقا بمستشفيات فرنسا

الدعوة، في : 03/09/2024 Deroua, le :

MAGNINE TANKOU

56,30 → wt 100.000 uE -

PPV: 56,30 DH
LOT: 21A4D
EXP: 01/2023

26,90 → wt 1000

PPV 26DH90 | EXP 05/2024
LOT 15037 5

40,40 → ZINTAS

PPV 40DH90 | EXP 06/2024
LOT 15038 1

79,70 → wt 1000

79,70
PPV 79DH90
PER 08/24
LOT 15039 1

ORDONNANCE

Dr BITI FATIHA
MEDECINE GENERALE ECHOGRAPHIE
Lot Khadja Centre Commercial
Tel 0612 22 95 64 DROUA

Dr BITI FATIHA
MEDECINE GENERALE ECHOGRAPHIE
Lot Khadja Centre Commercial
Tel 0612 22 95 64
DGms 37/08/22

MSNINT TAMOU

→ test covid (PCR)

Dr BITI FATIHA
MEDECINE GENERALE ECHOGRAPHIE
Lot Khadja Centre Commercial
Tel 0612 22 95 64 DROUA



0612.229564



LIAB

المختبر الدولي للتحاليل الطبية
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

Casablanca le, 01-09-2021

FACTURE N° 000211751

Nom, Prénom du patient : Mme Tamou MASNINE

Date de l'examen : 01-09-2021

Type d'examen : Examen biologique

Demande N° : 2109010368

Médecin demandeur :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Test de dépistage E-Gene et de confirmation de Coronavirus-RdRP-Gene	-	HN

Total des BHN : 440

Montant total en chiffre : 440DHS

Montant Total en lettres : quatre cent quarante dirham

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction
conformément à l'article 91-VI-1° du Code Général des Impôts.



Angle Boulevard abdelmoumen et Rue Arrachati, Casablanca – Maroc; Tel : +212(0)5 22 42 39 60/55; Fax :
+212(0)5 22 26 22 09 **E-mail :** contact@liab.ma **-site Web :** www.liab.co.ma
IF : 40432071 ; **CNSS :** 8844103 ; **Patente :** 34702187 ; **N°ICE :** 001663876000025 ; **INPE Biologiste :** 097167290 ;
INPE laboratoire : 093060846
Banque : attijariwafa bank, Agence ABDELMOUMEN , **R.I.B :** 007 780 0002385000302818 20



LIAB

المختبر الدولي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

COMPTE RENDU D'ANALYSES

Medecin Prescripteur :
Passeport ou CIN: BJ172424
Adresse :
Correspondant : RAM
Edition du: 06-10-2021 à 10:29

Dossier N° : 2109010368 –
MME TAMOU MASNINE
Né(e) le : 18-09-1966
Prélevé : reçu le 01-09-2021
à 14:26

Analyses	Résultats	Intervalles de référence	Antériorités
----------	-----------	--------------------------	--------------

BIOLOGIE MOLECULAIRE

Test de détection du coronavirus (COVID-19):

RT-PCR-GeneFinder COVID-19 Plus

Nature de prélèvement:

nasopharyngé.

RESULTATS:

POSITIF

ct RdRp: 36.28

ct N gène: 33.75

ct E gène: 32.8

INTERPRETATION:

POSITIF: Présence de l'ARN viral compatible avec une excrétion virale modérée voire très faible

Validé le :

01-09-2021

Le résultat d'un test négatif ne prouve pas avec certitude que le patient n'est pas infecté par le COVID 19. Cette problématique concerne essentiellement le début d'incubation du virus. Il y a donc lieu de prendre toutes mesures de prévention pour éviter d'éventuelles transmission à l' environnement .

L'interprétation d'un résultat négatif doit tenir compte de la qualité du prélèvement, de la période d'incubation, de l'évolution clinique et radiologique éventuelle. Dans toutes les situations, les mesures et les gestes barrières doivent être respectés. En cas de forte présomption, il est recommandé de renouveler le prélèvement.

Les données vous concernant collectées dans le cadre du présent examen biologique, en lien avec l'épidémie du COVID 19, sont enregistrées dans le système d'information national, mis en œuvre par le Ministère de la santé. Ce traitement d'intérêt public a pour finalité de centraliser les résultats des examens de dépistage du COVID 19 en vue de leur réutilisation à des fins d'enquêtes sanitaires et de surveillance épidémiologique.

Les examens rendus sous accréditation sont identifiés par le symbole []. Toute copie ou utilisation de cette référence ne peut être réalisée sans autorisation écrite du LIAB.*





LIAB

المختبر الدولي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

Dossier N° : 2109010368; MME TAMOU MASNINE ;
Né(e) le : 18-09-1966

Demande validée biologiquement par : PROF IDRISSE LARBI



Horaires d'ouverture

Lundi au vendredi : 7h30-18h30/Samedi et jours fériés : 7h30-13h00

Angle Bd Abdelmoumen et rue arrachati, Casablanca - Maroc; Tel : +212(0)5 22 42 39 60/55; -GSM :06 61 85 78 48- Email: contact@liab.ma

Site Web : www.liab.co.ma - IF : 40432071 - ICE : 001682836666666