

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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° P19- 055220

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1578 Société : RAM 19496
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KHAMLI CHI KHADIJA
Date de naissance : 1-1-47
Adresse : KASR NOUZZA, Im 7, Ap 73, Bd de l'océan Atlantique, Casablanca
Tél. : 06-61-18-1761 Total des frais engagés : 1100,91 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/11/2020

Nom et prénom du malade : KHAMLI CHI KHADIJA

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : Aff. cardiaque

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 : 01/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 2-11-20 | CDV | | CE | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|-----------------------------------------------------|----------|------------------------------|------------------------|
| | 08/11/20 | B600-P2 | 1100.91 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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

| 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 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 | | 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'EXECUTION

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA



صحة العيون
للداء البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : 2-11-2020

Mme Khamlichi Khadiga

11- Test Covid.
PCR Covid

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA
13, Rue des Papillons Oasis - Casablanca
Tél. : 0522 25 71 71 (5 LG) Fax 0522 25 11 15

Docteur
A. BENKIRAN
Ophtalmologiste

Dr. LOUJANLI
Laboratoire d'Analyses Médicales
10, Rue Prince Moulay Abdelilah - Cas.
Tél. : 0522 20 74 22 - 0522 29 77 06 - Fax : 0522 26 83 03

Urgence 24/24

INP : 093001980
IF : 706552
ICE : 001654761000041

FACTURE

Casablanca le 02-11-2020

MUPRAS
Mme Khadija KHAMLI
Prescripteur : Dr Azzedine BENKIRANE

Demande N° 2011020724

Analyses :

Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|----|-----------------------|------|-------|
| | SARS COV-2 PCR | B600 | B |
| | Sérologie Coronavirus | E300 | E |

Total des B : 600

TOTAL DOSSIER : 1100.91 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille cent dirhams quatre-vingt-onze centimes

Dr Noureddine LOUANJLI

Dr. LOUANJLI Noureddine - Biologiste
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca
Tél: 0522.20.74.22 / 0522.29.77.06 / 0522.22.14.95 / 06.61.06.15.99 / 06.61.06.35.99 / Fax: 0522.26.83.03
e-mail: labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet: www.labomac.ma

مختبر التحاليل الطبية لؤمانلي
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMAC
Dr. LOUANJLI Noureddine - Biologiste
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casa
Tél: 0522.20.74.22 / 0522.29.77.06 / 0522.22.14.95 / 06.61.06.15.99 / 06.61.06.35.99 / Fax: 0522.26.83.03

Prélèvement à Domicile Tél.: 06 77 06 70 95

40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P. 20.080 محج الأمير مولاي عبد الله - الدار البيضاء - رب
Tél.: 05.22.47.33.83 / 05.22.20.74.22 / 05.22.29.77.06 / 05.22.22.14.95 / 06.61.06.15.99 / 06.61.06.35.99 / Fax: 05.22.26.83.03
e-mail: labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet: www.labomac.ma

Prélèvements à Domicile Tél.: 06 77 06 70 95

40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P.20.080. محج الأمير مولاي عبد الله - الدار البيضاء - رب

Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 20 74 22 / 05 22 29 77 06 / 05 22 22 14 95 / 05 22 26 83 03 / 07 67 89 23 84

E-mail: labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet: www.labomac.ma

Date du prélèvement : 02-11-2020 à 13:31
Code patient : 2011020724
Né(e) le : 01-01-1947 (73 ans)



Mme Khadija KHAMLICH
Dossier N° : 2011020724
Prescripteur :

SEROLOGIE INFECTIEUSE

SEROLOGIE COVID-19

IgG :

Indice Ig G

IgM :

Indice Ig M

SEROLOGIE FAIBLEMENT POSITIVE

1.63

(<1.00)

SEROLOGIE NEGATIVE

0.06

(<1.00)

BIOLOGIE MOLECULAIRE

DIAGNOSTIC SARS-COV-2 (COVID19) PAR TECHNIQUE RT-PCR

Nature du prélèvement :

naso-pharyngé

Résultat

(Système de RT-PCR) via Service Real Time PCR for detection of SARS-CoV-2 (COVID-19)

Résultat négatif : Absence de détection d'ARN de SARS-CoV-2

La sensibilité des test RT-PCR utilisés pour le SARS-Cov 2 varie selon le type de prélèvement et la période à laquelle celui-ci est effectué au cours de la maladie. Un résultat négatif doit être interprété avec prudence et en présence de symptômes évocateurs, une infection à Covid-19 ne peut être totalement exclue.

Le prélèvement nasopharyngé peut également être réalisé à domicile selon les modalités en vigueur. Veuillez contacter le : 06 77 06 70 95

Dr. LOUANJLI Nouredine - Biologiste
LABOMAC
40 Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca
Tél : 05 22 20 74 22 - 05 22 29 77 06 - Fax : 05 22 26 83 03

مختبر التحليلات الطبية لموماك
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMAC
Dr. LOUANJLI Nouredine - Biologiste
40 Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca
Tél : 05 22 20 74 22 - 05 22 29 77 06 - Fax : 05 22 26 83 03

Validé par : Dr Nouredine LOUANJLI

Page 1 / 1

Prélèvements à Domicile Tél : 06 77 06 70 95

40 Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P. 20.080. م.م.ح. الأمير مولاي عبد الله - الدار البيضاء - د.ر.ب.

Tél : 05 22 47 33 83 / 05 22 20 74 22 / 05 22 29 77 06 / 05 22 22 14 95 / 05 22 26 83 03 / 07 67 89 23 84
E-mail : labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet : www.labomac.ma