

## 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-576771

53858

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12221 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BAYANE Oumayma  
 Date de naissance : 24/09/1993  
 Adresse : 10 AV el Fouka QU MEFTAH EL KRAA SAFI  
 Tél. : 0762496000 Total des frais engagés : 353,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/12/2020  
 Nom et prénom du malade : Bayane Oumayma Age : 1993  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint  
 Nature de la maladie :  
 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 : 28/12/2020

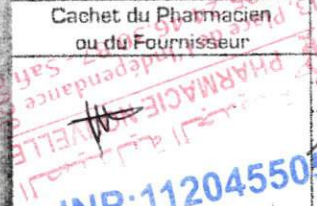

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
12-12-2020		C	G	INP:  Dr. LAMRASLA SAFI

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 INP: 112045505	12/12/2020	133,80  Pharmacie Nouvelle 13, Place de l'Indépendance Tél. 05.24.46.30.87 - Safi F

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. H. SAFI Spécialiste en Biologie Médicale Tél : 05 24 62 69 26 E-mail: contact@labotbakrim.com	12/12/22	Uer: 7to	220,-

# AUXILIAIRES MEDICAUX

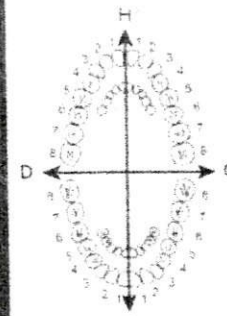
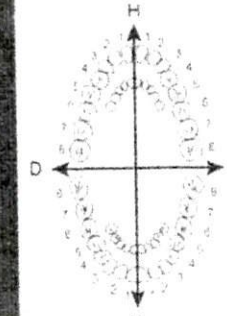
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Veuillez 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	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"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H 25533410 01433552 30030300 00300303 D 00030300 00030300 G 35533411 11433553 B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la protection			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

12.12.2020

Bayane 'ou'ayna

91.80

Vit C

1 - 0 - 0

42.00

Doliprane 1g

1 . 1 . 1

15.30 X 6  
SANS  
VIGNETTE

14.00 X 3

SANS  
VIGNETTE

AB Nasreddine  
MEDIAN  
S. CAMRASSA SAFI

الصيدلية الجديدة  
PHARMACIE NOUVELLE  
13, Place d'Indépendance  
Tél: 05 34 46 30 87 - Safi 2020

133.80



Vita C 1000®

10 Comprimés effervescents



6 118000 032069

Vita C 1000®

10 Comprimés effervescents



6 118000 032069

AMM N° 03 DMP/21

Vita C 1000®

10 Comprimés effervescents



6 118000 032069

AMM N° 03 DMP/21

Vita C 1000®

PPV 15DH30  
EXP 10/2023  
LOT 09031 10

Vita C 1000®

PPV 15DH30  
EXP 10/2023  
LOT 09031 30

Vita C 1000®

PPV 15DH30  
EXP 09/2023  
LOT 08031 12

Vita C 1000®

10 Comprimés effervescents



6 118000 032069

AMM N° 03 DMP/21

Vita C 1000®

10 Comprimés effervescents



6 118000 032069

Vita C 1000®

10 Comprimés effervescents



6 118000 032069

AMM N° 03 DMP/21

Vita C 1000®

PPV 15DH30  
EXP 10/2023  
LOT 09031 15

Vita C 1000®

PPV 15DH30  
EXP 09/2023  
LOT 09031 7

Vita C 1000®

PPV 15DH30  
EXP 10/2023  
LOT 09031 10

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

10 Comprimés



6 118000 040972

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL

10 Comprimés



6 118000 040972

PPV: 14DH00  
PER: 09/23  
LOT: J2032

PPV: 14DH00  
PER: 07/23  
LOT: J1963

PPV: 14DH00  
PER: 01/23  
LOT: J1132

1202

Pharmacie

05.24.46.30.87 - Safi

1202

Pharmacie

05.24.46.30.87 - Safi

1202

Pharmacie

05.24.46.30.87 - Safi

1202

Pharmacie

05.24.46.30.87 - Safi

1202

Pharmacie

05.24.46.30.87 - Safi

1202

Pharmacie

05.24.46.30.87 - Safi

1202

Pharmacie

05.24.46.30.87 - Safi

1202

Pharmacie

05.24.46.30.87 - Safi

1202

Pharmacie

05.24.46.30.87 - Safi

1202

Pharmacie

05.24.46.30.87 - Safi

1202

Pharmacie

05.24.46.30.87 - Safi

1202

Pharmacie

05.24.46.30.87 - Safi

1202

Pharmacie

05.24.46.30.87 - Safi

1202

Pharmacie

05.24.46.30.87 - Safi

1202

Pharmacie

05.24.46.30.87 - Safi



Le : .....

12-12-2020

## Ordonnance

oumayma BAYANE

---

sérologie covid IgH  
IgG

Dr. HATIB Hareddine  
MEDICIN  
CS CLINIQUE SAFI

 CENTRE DE BIOLOGIE DE SAFI  
Dr. Hassan BAKRIM  
Spécialiste en Biologie Médicale  
Tel : 05 24 62 69 26  
E-mail: contact@labobakrim.com

**Votre prochain rendez-vous :**

Date :

Heure :

**CENTRE DE BIOLOGIE DE SAFI**

20 - Angle Av. La Liberté rue Jamaledidine Afghani  
46000 SAFI

Tel : 0524.626.926 Fax : 0524.626.894

**Dr Hassan BAKRIM**

Patente : N°46795191 C.N.S.S : N°4514172 IF : 15267523 ICE:000108839000059

***FACTURE : 1584081***

**PHB 24350**

**Nom et Prénom : Mme BAYANE Oumayma**

**Prescripteur :**

**Date : 12/12/2020**

**BILAN :**

COVQ B 250 +

**MONTANT NET : 220,00 Dhs**

**ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**

***Deux cent vingt Dh***

**Dr H.BAKRIM**

**CENTRE DE BIOLOGIE DE SAFI**  
Dr Hassan BAKRIM  
Spécialiste en Biologie Médicale  
Tél : 05 24 62 69 26  
E-mail: contact@labobakrim.com



# CENTRE DE BIOLOGIE DE SAFI

## مختبر التحليلات الطبية

### Laboratoire d'analyses médicales

**Dr. HASSAN BAKRIM**  
Spécialiste en Biologie Médicale

Ex-Biologiste à L'hôpital militaire d'instruction Med V - Rabat  
D.U. Perfectionnement en parasitologie et mycologie médicale  
D.U. Management de la qualité - Université de Bordeaux

Hématologie-Biochimie-Spérmiologie  
Immunologie-Bactériologie-Virologie  
Parasitologie-Mycologie-Biologie Spécialisée

**Madame Oumayma BAYANE**  
**24350** **RF: 121220139**

Prélèvement Effectué au Laboratoire  
Date de naissance : 24/09/1993  
CIN : HH827  
Résultats complets  
Date du prélèvement : 12/12/2020 à 15h15  
Edité le : 12/12/2020 à 16h17

1 /1

### SEROLOGIE

#### SEROLOGIE QUANTITATIVE COVID-19 (Technique NANOENTEK)

COVID-19 IgG	0.00
COVID-19 IgM	0.10

Interpretation:

( > ou = 1.00 : Positive)  
( < 1.00 : Négative)

**Dr H. BAKRIM**

CENTRE DE BIOLOGIE DE SAFI  
Dr. Hassan BAKRIM  
Spécialiste en Biologie Médicale  
Tél : 05 24 62 69 26  
E-mail: contact@labobakrim.com



INPE : 113062129

22, Avenue de la liberté - Plateau - SAFI

Tél: 0524 626 926 / Fax : 0524 626 894 E-mail : laboratoireecbs@gmail.com - Site web: www.labocbs.com

Patente : 46795191- CNSS : 4514172 - IF : 15267523 - ICE : 000108839000059 - RIB ATW 007590000394500000042838