

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 054928

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03443 Société : Royal Air Maroc
 Actif Pensionné(e) Autre : (54221)
Nom & Prénom : BENBACHRAH SMAN
Date de naissance : 07-01-1948
Adresse : L'Hayat 2 Bloc A N° 24 Casablanca
Tél. : 0661216318 Total des frais engagés : 1738 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/11/2020
Nom et prénom du malade : Benbachrah Sman Age : Sans
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : ~~Dentaire~~ Covid-19
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
15 JAN. 2021
ACCUEIL

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

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

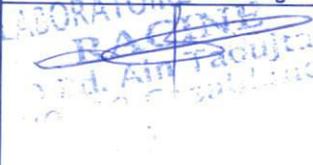
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/11/2020		1	6000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE KM 9 BOUADJER Tél: 05 22 65 00 BF: 05 20 86 789	12/11/2020	1038,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 LABORATOIRE RADIOLOGIE 17 d. Ann Faculté	10/11/2020	B0	700 DA

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

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

012/11/2520

ORDONNANCE

Nom et Prénom : Sani Bachar

1. AZITHROMYCINE

797 x2. s.v

JOUR 1	1 COMPRIME
JOUR 2	1/2 COMPRIME
JOUR 3	1/2 COMPRIME
JOUR 4	1/2 COMPRIME
JOUR 5	1/2 COMPRIME
JOUR 6	1/2 COMPRIME
JOUR 7	1/2 COMPRIME

2. HCQS -200

	MATIN	MIDI	SOIR
JOUR 1	1 COMPRIME	1 COMPRIME	1 COMPRIME
JOUR 2	1 COMPRIME	1 COMPRIME	1 COMPRIME
JOUR 3	1 COMPRIME	1 COMPRIME	1 COMPRIME
JOUR 4	1 COMPRIME	1 COMPRIME	1 COMPRIME
JOUR 5	1 COMPRIME	1 COMPRIME	1 COMPRIME
JOUR 6	1 COMPRIME	1 COMPRIME	1 COMPRIME
JOUR 7	1 COMPRIME	1 COMPRIME	1 COMPRIME

1530x2

3. VIT C1000 1cp matin, 1 cp le soir pendant 7js

* 4. Zinaskin 1cp matin, 1 cp le soir pendant 7js

5. Cardioaspirine 1 cp midi pendant 10j

PHARMACIE KM 9
DR. QUADILI Souad
Tél : 05 22 65 00
IMPE : 099036789

→ Arrêter Glavio + ODi
281. Glucophage 1000 mg, 1cp x 3.
Bala st. k.

(si vos symptômes s'aggravent veuillez vous adresser aux urgences hôpital Alhassani)

(إذا ظهرت عليكم علامات جديدة توجوهوا لمصلحة المستعجلات بمستشفى الحسني)

164 x5

COVENO x 0,6 s.v

T=1038.00 DR



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 6000ulantixa inj b2
P.P.V : 164,00 DH
6 118001 080458

70500 Le Trait - France
3 582910 077459

Vita C 1000®
10 comprimés effervescents sans sucre
6 118000 032083

Vita C 1000®
10 comprimés effervescents sans sucre
6 118000 032083

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 6000ulantixa inj b2
P.P.V : 164,00 DH
6 118001 080458

70500 Le Trait - France
3 582910 077459

Vita C 1000®
PPV 15DH30
EXP 09/2023
LOT 09030 11

Vita C 1000®
PPV 15DH30
EXP 09/2023
LOT 09030 11

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 6000ulantixa inj b2
P.P.V : 164,00 DH
6 118001 080458

70500 Le Trait - France
3 582910 077459

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 6000ulantixa inj b2
P.P.V : 164,00 DH
6 118001 080458

70500 Le Trait - France
3 582910 077459

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 6000ulantixa inj b2
P.P.V : 164,00 DH
6 118001 080458

70500 Le Trait - France
3 582910 077459

AZIX® 500 mg
Azithromycine
3 Comprimés sécables
6 118000 040941

PPV: 79DH70
PER: 10/23
LOT: J2782

AZIX® 500 mg
Azithromycine
3 Comprimés sécables
6 118000 040941

PPV: 79DH70
PER: 10/23
LOT: J2864

Glucophage® 1000mg
30 comprimés pelliculés
6 118000 081333

20,00

ORDONNANCE

Casus le 10/11/2020

Mr/Mme Benbachrah Smail

faire :
PCR / Covid-19



Sanae DOUBU
Médecin

Cachet du médecin





LABORATOIRE
TOUZANI
RACINE

Dr Othmane TOUZANI

Spécialiste en : Hématologie • Biochimie • Bactériologie
Virologie Clinique • Immunologie • Parasitologie • Mycologie
Biologie de la Reproduction (Université Marseille)
Qualité en Biologie Médicale (Université Bordeaux)

Code Patient 201110378



Prélèvement du : 10-11-2020
au labo à 13:14
Demande N° : 201110378
Edition : 11-11-2020

M BENBACHRAH Smail

Prescripteur :

Ceci est un courriel, seul le compte rendu papier fait foi.

BIOLOGIE MOLECULAIRE

RECHERCHE DU SARS-CoV-2 (COVID-19) PAR PCR EN TEMPS REEL (RT-PCR)

Nature du prélèvement Naso-pharyngé
Résultat **POSITIF**

CT 26

Réactifs : FTD SARS-CoV-2

La sensibilité des tests 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.

Demande validée biologiquement par : Dr. TOUZANI



LABORATOIRE
TOUZANI
R A C I N E

Dr Othmane TOUZANI

Spécialiste en : Hématologie - Biochimie - Bactériologie
Virologie Clinique - Immunologie - Parasitologie - Mycologie
Biologie de la Reproduction (Université Marseille)
Qualité en Biologie Médicale (Université Bordeaux)

FACTURE N° : 201110378

Casablanca le 10-11-2020

INPE :



093061422

M Smail BENBACHRAH

Date de l'examen : 10-11-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E25	E
	PCR COVID	E700	E

Total des B : 0

TOTAL DOSSIER : 700DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cents dirham

LABORATOIRE TOUZANI
RACINE
50 Bd. Aïn Taoujtate
20111 Casablanca

La Qualité est notre souci permanent

50, Boulevard Aïn Taoujtate, Racine (prolongement clinique Badr) - Casablanca - Maroc
Tél : 05 22 47 49 49 / 47 52 52 - Fax : 05 22 48 66 00 - E-mail : laboratoireltr@gmail.com
INPE : 093061422 Patente : 35652203 IF : 18744872 ICE : 001547834000059 CNSS : 5413323