

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.

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 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

N° P19- 055268
55457

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07249 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENLAHOUAR SMAIL

Date de naissance : 31/10/1965

Adresse : 60, RESIDENCE HODIA, N°17 RUE EZZAHRAOUI

ABOU EL KACEM, Quartier des Hôpitaux, CASABLANCA

Tél. : 06 61 710587 Total des frais engagés : #1051,10 HD# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/11/2017

Nom et prénom du malade : Smail Ben Lahouar

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

Nature de la maladie : Douleur

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 : Le : 11/11/2017

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
11/2011	Σ	1	2008K	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7/1/2021	203,10

[illegible]

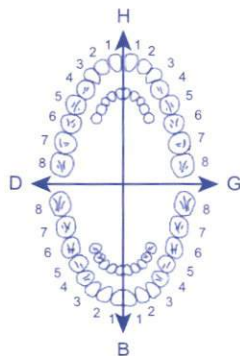
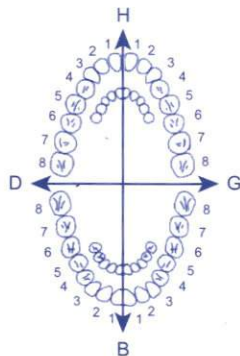
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

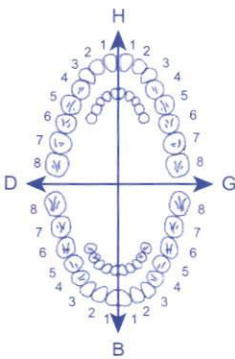
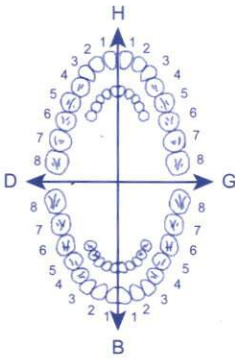
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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					
	<div><div>H</div><div><div>D</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>11433553</div></div><div>G</div></div><div>B</div></div>				Coefficient DES TRAVAUX	
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>					
					MONTANTS DES SOINS	
					DATE DU DEVIS	
					DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT : 20E009
PER: 05/2022

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

Paris - France

Ancien Urologue des Hôpitaux Militaires - Maroc

Andrologie - Troubles sexuels

Stérilité masculine

Diplômé de l'Université de Paris

PPV: 14DH00

PER: 03/23

LOT: J888

عفيف
مراد

PPV: 55,00 DH
LOT: 644674
PER: 10/21

الا
إذ

maphar

Zi Zetata, Ain Sebaa, Casablanca, Maroc

FORLAX 10G SAC B20

P.P.V : 73.50 DH



611800 1181193

LOT : P15836
Exp : 06/2022

Fait à Casablanca, le

7/1/2021

Melle
GENLHOUA
Sara

12 PCR

Service Facturation
Centre de Biologie Médicale
DU 11/03/2021
INSTITUT PASTEUR

Docteur SEDDIKI AFIF
Chirurgien - Urologue
Résidence Nour Place Charles Nicolas
Quartier des Hôpitaux
Tel.: 05 22 29 86 65 / 05 61 21 63 05

Docteur Seddiki Afif

CHIRURGIEN UROLOGUE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris - France
Ancien Urologue des Hôpitaux Militaires - Maroc

Andrologie - Troubles sexuels

Stérilité masculine

Diplômé de l'Université de Paris

الدكتور الصديقي عفيف

إختصاصي في جراحة

الجهاز البولي والتناسلي

جراح سابقا بمستشفيات فرنسا

ثم المستشفيات العسكرية بالمغرب

خريج كلية باريز

Fait à Casablanca, le

07/11/2021

Melle GENHOVA Sara

7350

1e Enlas



Pharmacie Charles Nicolle
HEDYA TAK - TAK
19, Place Charles Nicolle
Casablanca
Tél.: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41

14100

2e Doly



55100

3e Anxol



2180

4e Aspiric



3880

5e Anxol



Docteur SEDDIKI AFIF
Chirurgien - Urologue
Résidence Nour Place Charles Nicolas
Quartier des Hôpitaux
Tél.: 05 22 29 86 65 / 06 61 21 03 05

Place Charles Nicolas, Résidence Nour, 1er étage Apt. n°2, Quartier des Hôpitaux (face Institut Pasteur)

Urgences : 06 61 21 03 06 - Cabinet Tél.: 05 22 29 86 65

20310



معهد باستور المغرب
INSTITUT PASTEUR DU MAROC

فاتورة
Facture

1, Place Louis Pasteur Casablanca 20360
Tél: +212 (0) 522 43 44 50/63 - Fax : +212 (0) 522 26 09 57
E-mail : pasteur@pasteur.ma - Web : www.pasteur.ma
ICE : 001594848000023 - IF : 1085828 - Patente : 36340200

Melle BENLAHOUAR SARA

Réf: 08/01/21-1-000000

Par:SMACH / 08/01/21 / 08

CIN:be894237 Né(e) le : 19/01/2002 soit:18 A Tél: +34722515043 ville: CASABLANCA

MAT:

Médecin : Tél:

Date et heure de passage :08/01/21-09h44

INPE :
ICE :001594848000023

Liste des Examens/Prescription

PCR COVI TIMB_2DH



Total dossier r : 502.00
Part Client : 502.00
Part : 0.00
Part : 0.00
Part : 0.00

PATIENT

L'Institut Pasteur du Maroc collecte et traite vos données à caractère personnel en vue d'identifier vos prélèvements, mettre à jour votre historique d'analyses et garantir vos droit à la prise en charge. Ces données peuvent être transmises à des laboratoires externes en cas de sous-traitance.

Vous pouvez contacter le service qualité (qhs@pasteur.ma) pour exercer vos droits conformément aux dispositions de la loi 09-08.



معهد باستور المغرب
INSTITUT PASTEUR DU MAROC

توصيل لسحب نتائج التحليلات الطبية

Reçu pour Retrait des Résultats des Analyses Médicales

Melle BENLAHOUAR SARA

Réf: 08/01/21-1-000000

Liste des Examens

PCR COVI TIMB_2DH

Total dossier : 502.00
Part Patient : 502.00
Part AMO : 0.00
Part AMC : 0.00
Part Corres. : 0.00

PATIENT

CAB Num Demande



CAB Num CIN



J'autorise le porteur du présent reçu à récupérer mes résultats d'analyses effectuées à l'IPM

Téléphone pour information Casablanca 0522434471/72 Tanger 0539931111

RETRAIT RESULTAT LE :

09/01/21 de 09h00 à 15h00

Sauf Samedi, Dimanche et Jours fériés

تاريخ سحب النتائج
ماعدًا يوم السبت و الأحد والأعياد

Melle BENLAHOUAR SARA
Demande n° **08/01/21-1-0039**

20000 CASABLANCA

Demande n° **08/01/21-1-0039** - -
Edité le : mercredi 13 janvier 2021
N° CIN/Passeport **be894237**

Date et heure d'enregistrement : 08/01/21 09H44
Date et heure de prélèvement : 08/01/21 09H50
Date de naissance : 19/01/2002
Hors tiers payant -

VIROLOGIE

Valeurs de référence

Antériorités

Détection du SARS-CoV-2 (COVID-19) par PCR en temps Réel **Real-time PCR SARS-CoV-2(COVID-19)**

Nature prélèvement (Specimen) : Rhinopharyngé (nasopharyngeal swab)

Résultat (Result):

SARS-CoV-2 NEGATIF
SARS-CoV-2 NEGATIVE

Résultat à interpréter en fonction du contexte clinique.

Réactifs (Reagents) : MAScIR SARS-CoV-2 kit 2.0

Validé le 09/01/21

Dr. Abderrahmane BELKHA
Méd. Biol. Pasteur
Institut Pasteur du Maroc
Tél : +212 522 46 71 172

