

## 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 061635

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : C513 Société : L4753

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :


Nom & Prénom : Abderahmane Mazouani

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

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

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 : ..... Le : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-061635

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



# 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 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](mailto:contact@mupras.com)  
 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 / 05 22 20 46 46



## MUPRAS

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

### Déclaration de Maladie

N° P19- 051303

☐ Maladie
 ☐ Dentaire
 ☐ Optique
 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 6513 Société : .....

☐ Actif
 ☐ Pensionné(e)
 ☐ Autre : .....

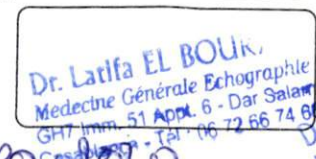
Nom & Prénom : Abdelrahmane Mazouani

Date de naissance : 01/01/1936

Adresse : Hy ESSOFA Rue 29 N 10 EL ANFA CASA

Tél : ..... Total des frais engagés : 554,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 06/07/2020

Nom et prénom du malade : MAZOUANI Abdelrahmane Age : 86 ans

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

Nature de la maladie : HTA + Lembo

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 : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....



Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
06/10/2020	LS		15000	Dr. Latifa EL BOURASSA Médecine Générale - Echoville GHM n° 61 - 61000 - 5 - Dar Salam Résidence - Tél : 05 72 66 74 86

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr MALKI MOUKEDDINE Résidence Cité Essalam ADD. Immeuble 27 - 61000 - 5 - Dar Salam Tél : 05 72 66 74 86	06/10/2020	404,70

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 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"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </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																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXECUT

Docteur Latifa BOURAKI

Médecine Générale

Echographie

Tél. : 06.72 66 74 66



الدكتورة لطيفة البراقي

الطب العام

الفحص بالصدى

الهاتف : 06 72 66 74 66

Casablanca le : 06/10/2020 : الدار البيضاء في

M AZOUAN : Abdelhakim

86,40

1°) Dolicox 300g, cp

2 cp 3 x 4 j - après repas

PHARMACIE AHMED RAYAN  
Dr. MALK NEUREDDINE  
Résidence Cité Estimien AD OUA GH Y  
Imm 77 N°1 EL OULFA - CASABLANCA  
Tél 05 22 89 83 34

126,00

2°) DiPrezar, cp

1 cp 3 de matin, après repas

120,70

3°) Zoleu 300g, gel (de 28)

1 gel 3 de matin, avant repas

22,90

4°) Codoliprone, cp

1 cp x 2 j, après repas

مجموعة 7 عمارة 51 الشقة 6 دار السلام الولفة - الدار البيضاء

GH7 Imm 51 Appt N°6 - Dar Salam Oulfa - Casablanca

49,40



5) Amep Mes, CP

49,40 le sur à 19h,

404,70

après mes

120,00  
LOT 19003  
PER 06/22  
PPV 120DH70

Dr. Larifa EL BOUK  
Médecine Générale / Echographie  
Généraliste - Dar Salam  
Casablanca Tél: 06 72 66 74 55

PHARMACIE AHMED RAYAN  
Dr. MALKI BOU LLENDINE  
Résidence Cité Assalam - Casablanca  
Tél: 05 22 89 83 34

126,00  
PPV 126DH00  
PER 08/23  
LOT J2202



49,40

PPV: 86DH40  
PER: 02/23  
LOT: J593-1





# Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

comprimé sécable

## IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### COMPOSITION

Paracétamol .....	400,00 mg
Phosphate de codeïne hémihydraté .....	20,00 mg
(Quantité correspondant à codeïne base) .....	15,62 mg
Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon de pomme de terre, povidone, pour un comprimé.	

### FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

### CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N. Système nerveux central)

### DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

### DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codeïne,
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

### PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

AFIN D'EVITER D'EVENUELLES INT  
Notamment avec la buprénorphine, la n  
SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TR  
VOTRE PHARMACIEN.

Ce médicament contient du paracétamol et  
Ne les associez pas afin de ne pas dépasser

22, 20  
PPV 22DH20  
PER 06/22  
LOT J1736

S,  
R  
A





مركز الفحص بالأشعة دار السلام

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE & DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

**RADIOLOGIE DAR SALAM**

Casablanca, le 24/09/2020

Patient : MAZOUANI ABDERRAHMANE

Prescripteur: EQUIPE DE REA

## SCANNER THORACIQUE

**TECHNIQUE :** Acquisition volumique avec une collimation de 16 x 0.75 mm sans injection de PDC. Reconstructions multiplanaires.

### RESULTAT :

Epaississement péri bronchiolaire au niveau des bases pulmonaires.

Quelques plages en verre Dépoli au niveau des lobes supérieurs.

Epaississement septaux et non septaux.

Quelques bulles d'emphysème sous pleuraux.

Absence d'épanchement pleural.

Ganglions au niveau de la loge de Baret.

### CONCLUSION :

Syndrome interstitiel diffus.

Intérêt de faire test PCR vu le contexte épidémiologique.

Cordialement,  
DR HASSEN

*Dr. Hassen Samir*  
RADIOLOGUE  
INPE: 091186148

**Urgences 24/24**

728 Bd, Modibo Keita - Casablanca 20100 الدار البيضاء شارع موديبو كيتا

05 22 85 14 14 (LG) - Fax : 05 22 83 08 80 - E-mail: contact@cliniquedarsalam.ma

ICE : 001660867000079

Identifiant du patient : 20J0032397

Date de naissance : 01/01/1936

Sexe : M

Date de l'examen : 25/09/2020

Prélevé le : 25/09/2020 à 11:07

Edité le : 27/09/2020 à 12:41

Mr MAZOUANI ABDERRAHMAN

Dossier N° : C200932867



## DÉPISTAGE ET SUIVI DU COVID-19

### BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

(Recherche qualitative de l'ARN du SARS-CoV-2, PCR en temps réel)

Nature du prélèvement : Ecouvillon oropharyngé  
CONCLUSION : ARN viral du SARS-CoV-2 négatif

### SÉROLOGIE

(Chimiluminescence)

Anticorps totaux : NEGATIF  
Titre : 0.055 COI  
CONCLUSION : Absence d'anticorps anti-SARS CoV2.

En raison du délai d'apparition des anticorps à la suite d'un contact avec le virus, un test négatif n'exclut pas une contamination.

Seule la recherche du virus par RT-PCR permet de confirmer la présence du virus chez un individu.

Le 27/09/2020 à 12:41

Signature

OUSTI Fadwa

  
Dr. Fadwa Ousti  
Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma  
Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.



**FACTURE N° : 49854 / 20**

**Dossier réalisé le : 25/09/20 11:12**

A l'attention de : **Mr MAZOUANI ABDERRAHMAN**

Identifiant du patient : **20J0032397**

**Analyses :**

COVID-19 - PCR	B 500	500,00 DHS
COVID-19 - Sérologie	B 100	100,00 DHS

**Total dossier : 600,00 DH**

**Arrêté la présente facture à la somme de :**

**SIX CENTS DIRHAMS**



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT  
HAY HASSANI  
CHP HAY HASSANI

Ordonnance

Casablanca, 24/9/2020

ABDRAHMANE Maznan

②

Vit — 1000 mg

1/1

1- (1)

①

Nolip —

1/1



1/1 x 3/1

1- (1)

③

Azix 500 mg

1/1

1/1

1- (1)

1/1 x 1/1

Dr. FAL KHAR Assim  
Médecin des Urgences  
Centre Hospitalier  
Préfectural Al Hassani

Ang, Bd. BOUCHAIB REDDAD et Bd. OUED SEBBOU - Casablanca

Tél.: 05 22 90 76 56. Fax : 05 22 89 05 54





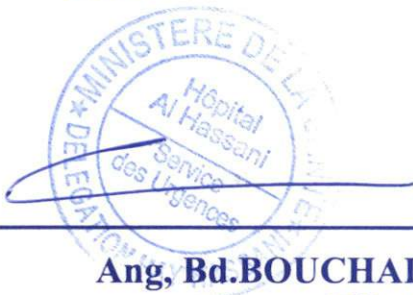
MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT  
HAY HASSANI  
CHP HAY HASSANI



Ordonnance

Casablanca, 24/09/2020

- ABORRANANE Mohamed.
- Age = 30 ans
- ATCD = HTA sous TTT
- Adresse = Hay Hassani - Rue 20 Mars 1956  
Hay Hassani
- Signe clinique = vomissement + céphalée  
+ Frissons + fièvre + Myalgie
- S.V.P. faire PCR COVID



Dr. F. EL KHAIR ASSINI  
Médecin des Urgences  
Pr. Centre Hospitalier  
Hay Hassani