

# 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.

## Educational :

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.

## Prothèse :

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



ND. 47752

## Déclaration de Maladie : N° S19-0005700

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3483 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : DOUBLA YASSINE Date de naissance : 04/02/64  
Adresse :  
Tél. : 19 NOV. 2020 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/10/2020  
Nom et prénom du malade : DOUBLA YASSINE Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

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 :  
Signature de l'adhérent(e) :





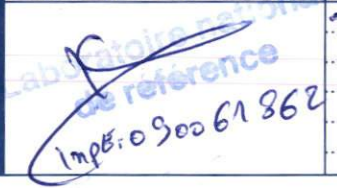
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/10/2020	C		150,00	
05/11/2020	C		Général	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/10/2020	340,00
	05/11/2020	9880

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30-10-20	PCR	500,0004

# AUXILIAIRES MEDICAUX

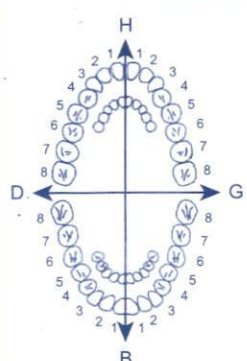
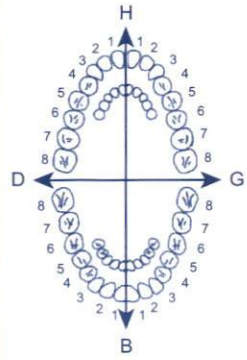
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EX

Date : 26/10/2020

ORDONNANCE

Mr DOUBLA XASSINE

79, 20 x 2 (Arix)  
11 - ~~Arix~~ e 550 (2 Ports) **MS**

18 1/2 pht pht 37  
**SV**  
pht 1/2 pht 67  
65,00

21 - ~~X 50~~ 20 **MS**  
28 1/2 pht 57 **MS**

19,60  
B1 - ~~20~~ 1000  
18 1/2 x 37 **MS**

IMACIE EL N...  
BOUAD Abdelkader  
Mor. 778 El Wink El Galla  
LANCA. Tel. 22.90.06.56

DOUBLA XASSINE  
Gen. 36  
06 22 89 19 27  
12 2 06 20



37100  
 41- Ultracine gel  
 59.00  
 51- Supradyn B  
 340.00

ULTRA-LEVURE 250 mg.  
 10 gélules

6 118001 31002

مجموعة: 595  
 Fab / صنع: 02 2020  
 EXP. / صالح لغاية: 02 2023  
 BIOCODEX MADSC  
 PPV 37.00 DH

24580/08

PHARMACIE EL WITAK  
 CASABLANCA - Tél: 06.22.90.05.56  
 PHARMACIE EL WITAK  
 CASABLANCA - Tél: 06.22.90.05.56

**Supradyn**

PPV: 59.00 DH  
 LOT: CB000056  
 EXP: 10/2022

**PARANTAL C 1000**

PPV 19DH60  
 EXP 08/2023  
 LOT 06065 2

**PARANTAL C 1000**  
 10 Comprimés effervescent

6 118000 031765

AMM N° 788 DMP/21

PPV: 79DH70  
 PER: 09/23  
 LOT: J2417

PPV: 79DH70  
 PER: 06/23  
 LOT: J1800

**OraPred 20 mg**  
 30 comprimés effervescent  
 PROMOPHARM s.a.

6 118000 241829

**AZIX 500 mg**  
 Azithromycine  
 3 Comprimés sécables

6 118000 040941

**AZIX 500 mg**  
 Azithromycine  
 3 Comprimés sécables

6 118000 040941

Cachet du Médecin

Date :

05/11/2020

## Ordonnance

nr YASSINE DOUBLA

11- Neofortan 160 cph

38.8

1/2 x 2 gelyp

HARMACIE EL WIFAK  
Dr. BOUDAD Abdelkader  
Rue 65 Lot. 778 El Wifak El Oulfa  
Casablanca - Tél : 05 22 90 05 56

NEOFORTAN® 160 mg

FPV 98DH80  
EXP 09/2021  
LOT 06063

NEOFORTAN®  
10 COMPRIMES  
EFFERVESCENTS 160 mg



6 118000 031697

مخارم المتحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا  
PRINQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA, MAROC

Docteur Widad El Khadraj

Médecine Générale  
Echographie



الدكتورة وداد الخضرج

الطب العام  
الفحص بالصدى

Casablanca, le 26/10/22 في الدار البيضاء

NR DOUBLA YASSINE

PCR Covid 19

Dr. EL KHADRAJ Widad  
Médicine Générale  
N° 59 EL OULFA - CASABLANCA  
Hay Wifak 3, Rue 65  
Tél: 0522 891 927 - 0612 220 620

Laboratoire national  
de référence

**FACTURE N° : 74020 / 20**

**Dossier réalisé le : 30/10/20 07:53**

A l'attention de : **DOUBLA YASSINE**

Identifiant du patient : **20K0027583**

**Analyses :**

COVID-19 - PCR

B 500

500,00 DHS

**Total dossier : 500,00 DH**

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

**CINQ CENTS DIRHAMS**

*Laboratoire National  
de Référence*

Identifiant du patient : 20K0027583

Date de naissance : 22/01/2003

Sexe : M

Date de l'examen : 30/10/2020

Prélevé le : 30/10/2020 à 07:52

Edité le : 30/10/2020 à 22:47

**DOUBLA YASSINE**

**Dossier N° : C201029269**



## 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

Laboratoire national  
de référence

Le 30/10/2020 à 22:47

Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila

Hôpital Cheikh Khalifa bin Zaid  
Prof Jalila EL BAKKOURI  
Médecin biologiste





**Horaires**  
Lundi-Vendredi (07h30 à 20h00)  
Samedi (07h30 à 15h00)  
Téléphone : +212 529 05 02 31  
Email : lnr@ckm.ma

**Externe**  
Dossier : C201029269

Dossier : **C201029269**  
de : **DOUBLA YASSINE**  
IPP : **20K0027583** Date de naissance : **22/01/2003**  
Analyses : COVID-19 - PCR

## Reçu de caisse

Numéro	Intitulé	Date encaissement
C201029269	DOUBLA YASSINE	30/10/2020 07:55

Mode paiement	Numéro de quittance	Montant Dhs
Espèce	64461	500.0
Total payé		500.0

Reçu établi par : MOUSSAIR Oumaima

Laboratoire national  
de référence

Pour information, les résultats des analyses sont à récupérer après 48h du prélèvement au niveau du chapiteau de 9h00 à 16h00  
merci de vous munir de votre pièce d'identité et du présent reçu de caisse