

## 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

### 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-550277

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5537 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BELFADIA Abderrahmane  
 Date de naissance : 03.02.1960  
 Adresse : 265 Lot ALAYMOUJ  
 Tél : 0661165395 Total des frais engagés : 700 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. SEDDIK Abdelmajid**  
Endocrinologie et Diabétologie  
69, Av. My R'chid Guéliz Marrakech  
Tél : 05 24 43 98 62 / 05 24 43 56 55

Date de consultation : 16/10/20

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : pneumonie + Diab

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 : 17/10/20

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16-16-20	LABO RADIOLOGIE DR. ABDERRAZAK RICH 182, Av. Abdou Karim El Khattabi Tél. 05 24 42 33 22	LABO RADIOLOGIE DR. ABDERRAZAK RICH 182, Av. Abdou Karim El Khattabi Tél. 05 24 42 33 22

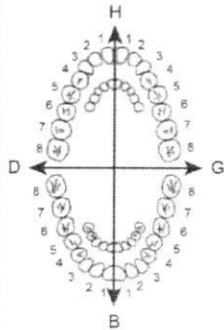
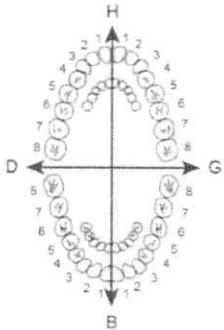
[illegible]

# 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 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											
	<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 colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr: SEDDIK Abdelmajid**

Diabétologie - Endocrinologie  
et Maladies Métaboliques-Obésité  
I.C.E. : 001625819000043

**الدكتور الصديق عبد المجيد**

داء السكري - أمراض الغدد الصماء  
الأمراض الإستقلابية - السمنة

Marrakech, le : 16/10/2020 مراكش، في :

ABDELRAHIM

- faire  
PCR  
(Test pour Covid)

**LABO ► GUELIZ**

**Dr. ABDERRAZAK RIZKI**

182, Av. Abdelkarim El Khattabi Marrakech  
Tél : 05 24 42 33 22 - Fax : 05 24 42 30 33

**Dr. SEDDIK Abdelmajid**  
Endocrinologie et Diabétologie  
69, Av. My R'chid Gueliz Marrakech  
Tél : 05 24 43 98 62 / 05 24 43 56 55

69, Bd. My Rachid, N°1 - Guéliz - Marrakech - Tél.: 05 24 43 56 55 / 05 24 43 98 62 : الهاتف : مراكش - جليز - 1 - شارع مولاي رشيد رقم

Rapporter l'Ordonnance S.V.P. - Consultation sur Rendez-vous





د. عبد الرزاق رزقي  
Dr. Abderrazak RIZKI  
Médecin Biologiste

# مختبر التحليلات الطبية جليز LABO GUELIZ D'ANALYSES MEDICALES

BIOCHIMIE • HÉMATOLOGIE • BACTÉRIOLOGIE • VIROLOGIE • PARASITOLOGIE • MYCOLOGIE • IMMUNOLOGIE • SPERMATOLOGIE



Ancien Interne et Attaché aux Hôpitaux  
de Barcelone et au Hôpital de la Pitié salpêtrière  
à Paris. DU en Management de la qualité

ICE : 001804301000086

IF : 20686354

Patente : 45102274

CNSS : 4928406

**FACTURE N° : 201001927**

MARRAKECH le 16-10-2020

Mr BELFADLA Abderrahim

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	RECHERCHE DE SARS-CoV2 (COVID-19) PAR BIOLOGIE MOLECULAIRE	E700	E

TOTAL DOSSIER : 700DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cents dirhams s.

**LABO GUELIZ**  
Dr. ABDERRAZAK RIZKI  
182, Av. Abdelkarim El Khattabi Marrakech  
Tél : 05 24 42 33 22 - Fax : 05 24 42 33 23





# مختبر التحليلات الطبية جليز LABO GUELIZ D'ANALYSES MEDICALES

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE - SPERMIOLOGIE



د. عبد الرزاق رزقي  
Dr. Abderrazak RIZKI  
Médecin Biologiste

**URGENCES 24h/24 7J/7**

Ancien Interne et Attaché aux Hôpitaux  
de Barcelone et au CHU la Pitié salpêtrière  
à Paris. DU en Management de la Qualité  
DU en Biologie de la Reproduction

**Code patient :** 2010160150

**Date du prélèvement :** 16-10-2020 à 13:01

**Edition :** 17-10-2020



**Mr BELFADLA Abderrahim**

**Né(e) le :** 03-02-1960 (60 ans)

**Dossier N° :** 2010160150

**Prescripteur :**

## BIOLOGIE MOLECULAIRE

### RECHERCHE DE L'ARN DU VIRUS SARS-CoV2 PAR RT-PCR

Autorisation Ministérielle N°14659

(RT-PCR- Extration par Maxwell 48 Promega-Amplification par Exicycler 96 Bioneer 3 cibles: Gène RdRp, Gène E, Gène N)

#### Origine du prélèvement

Indication du prélèvement

RECHERCHE

(RT-PCR- 3 Cibles: Gène RdRp, Gène E, Gène N)

Nasopharynx

Dépistage

**Positive. ARN du virus SARS-CoV2 détecté.**

Validé par : Dr Abderrazak RIZKI

LABO GUELIZ  
Dr. ABDERRAZAK RIZKI  
82, Av. Abdelkrim El Khattabi Marrakech  
Tél : 05 24 42 33 22 - Fax : 05 24 42 30 33

LABO GUELIZ

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

182 - Rés. ZAITOUNA - Av. Abdelkrim El Khattabi - Guéliz - 40000 Marrakech

Tél : 05 24 42 33 22 / 05 24 20 70 00 - Fax : 05 24 42 30 33 - E-mail : labogueliz18@gmail.com - Site web : www.labogueliz.com

Page 1 / 1