

**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 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 Aïla Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïla Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**Déclaration de Maladie**

N° W19-592652 9395

ND: 53054

- Maladie     Dentaire     Optique     Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 9395    Société : \_\_\_\_\_

Actif     Pensionné(e)     Autre : D-X

Nom & Prénom : NASSI HICHAM

Date de naissance : 13 11 67

Adresse : CASA Rue 11 APP40 2ème étage Rés Jma MAZOLA

Tél. : 06 66 35 17 43    Total des frais engagés : 909    Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/11/2020

Nom et prénom du malade : NASSI HICHAM    Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     Enfant

Nature de la maladie : COVID

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : \_\_\_\_\_

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : CASA    Le : 28 11 2020

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
28/11/20	C		20000	INP : 041269005

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE POLYCLINIQUE</b> Dr. TIR Abdelaziz 58, Route Mly Thami Hay Hassania Tel 0522 90 21 57 Casa	28/11/20	20300

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>LABORATOIRE NATIONAL DE REFERENCE</b>	28/11/20	P.C.R	50000

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 l'O.D.F.

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"/>	
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
			H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 25533411 11433553 B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
			[Création, remont, adjonction] 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

# Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

Casablanca, le :

28-11-2020

1 - 797020  
Zitna smar X 26k

1 y / 70

2 - 4960  
Cure forte  
rayse

3 -  
PHARMACIE POLYCLINIQUE  
Dr. TIR Abdelaziz Hay Hassani  
58, Route Mly Thami  
Tel: 0522 90 21 67  
Casa

20500

الدكتور سعيد الغزولي  
طبيب محلف  
خبير لدى المحكمة  
لادكتور سعيد الغزولي  
طبيب محلف  
خبير لدى المحكمة  
60, مازولا - الحى الحسنى - الدار البيضاء  
مارولا - الحى الحسنى - الدار البيضاء  
الهاتف: 0522 90 21 67

UT.AV. :	08 2022	P.P.V.	79 70
LOT N° :	1 2 9 5 6 8 4		79,70
UT.AV. :	08 2022	P.P.V.	79 70
LOT N° :	1 2 9 5 6 8 4		79,70

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
Dr. TIR Abdelaziz Hay Hassani  
58, Route Mly Thami  
Tel: 0522 90 21 67 Casa

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20F03  
EXP: 06/2023

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف  
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le :

28-11-2020  
97 NASSI

الدكتور سعيد الغزولي  
طبيب محلف  
طبيب مسجل في  
الجمهورية المغربية  
الحي الحسني - مازولا  
077 90 70 88  
الهاتف

PCR (Covid 19)

الدكتور سعيد الغزولي  
طبيب محلف  
طبيب مسجل في  
الجمهورية المغربية  
الحي الحسني - مازولا  
077 90 70 88  
الهاتف

LABORATOIRE NATIONAL  
DE REFERENCE

**FACTURE N° : 96411 / 20**

**Dossier réalisé le : 28/11/20 12:12**

A l'attention de : **Mlle NASSI KAWTAR**

Identifiant du patient : **20L0023471**

**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 REFERENCE

Identifiant du patient : 20L0023471  
Date de naissance : 20/06/2001  
Sexe : F  
Date de l'examen : 28/11/2020  
Prélevé le : 28/11/2020 à 12:07  
Edité le : 28/11/2020 à 21:23

Mlle NASSI KAWTAR  
Dossier N° : C201127371



## DÉPISTAGE ET SUIVI DU COVID-19

### BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

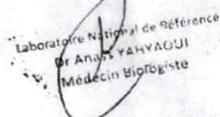
(Recherche qualitative de l'ARN du SARS-CoV-2, PCR en temps réel)

Nature du prélèvement : Ecouvillon nasopharyngé  
CONCLUSION : ARN viral du SARS-CoV-2 positif.

  
LABORATOIRE NATIONAL  
DE REFERENCE

Le 28/11/2020 à 21:23  
Signature

Pr. YAHYAOUI Anass

  
Laboratoire National de Référence  
Dr Anass YAHYAOUI  
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.

Dossier : **C201127371**  
de : **NASSI KAWTAR**  
IPP : **20L0023471** Date de naissance : **20/06/2001**  
Analyses : COVID-19 - PCR

## Reçu de caisse

Numéro	Intitulé	Date encaissement
C201127371	NASSI KAWTAR	28/11/2020 12:17

Mode paiement	Numéro de quittance	Montant Dhs
Espèce	86322	500.0
<b>Total payé</b>		500.0

Reçu établi par : LECHEHAB YASSINE

Pour information, les résultats des analyser 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