

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-592660

9395

ND: 53052

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9395

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : D.V

Nom & Prénom : NASSI HICHAM

Date de naissance : 03 11 67

Adresse : Rue 11 Resb June APP40 MA20 LA

Tél : 06 66 35 1749

Total des frais engagés : 0935,90

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04 12 2020

Nom et prénom du malade : NASSI HICHAM

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Fatigue

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 : CASA

Le : 04 12 20

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



# 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
05/12/2020	C		200 ML	
05/12/2020	C			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. TIR ABDELAZIZ 58, Route My Thami Tél: 0522 031031 CASA	05/12/20	29590

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE NATI TE REFERENCE	05/12/20	PCR	5000

# 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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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>25533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	25533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
25533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profection			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'EXECUTION

Docteur Saïd GZOUli

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

Lot / مجموعة: 595  
Fab / صنع: 02 2020

EXP. / صلاح لغاية: 02 2023  
BIOCODEX MAROC  
PPV 37.00 DH

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خبر لدى المحاكم

Casablanca, le 05-12-2020: الدار البيضاء، في

1. Zithromax 1200mg  
2. Cardesagil 1200mg  
3. Cardesagil 1200mg  
4. ultra leu w2  
5. Cme forte 205.50 mg/suo

UT.AV.: 04 2022 P.P.V. 79 70  
LOT N°: 1290364 79,70

Cardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acetylsalicylique

P.P.V.: 27,70 DH  
Bayer S.A.

UT.AV.: 08 2022 P.P.V. 79 70  
LOT N°: 1295684 79,70

PPV: 22DH20  
PER: 12/21  
LOT: I3003

PPV: 19,90 DH  
LOT: 20F03  
PER: 06/2023

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
DR. TIR Abdelaziz  
DR. Mily Thami Hay Hassani  
58, Route Moulay Thami Hay Hassani  
Tél: 05 22 90 70 88

الدكتور سعيد الغزولي  
طبيب محلف  
خبر لدى المحاكم  
60 (قرب مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء)  
022 90 70 88

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 05 22.90.70.88 - الهاتف - E-mail: drgzsa@gmail.com



**Docteur Saïd GZOU LI**

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

**الدكتور سعيد الغزولي**

طبيب محلف  
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 04-12-2020 في الدار البيضاء،

MASSI HICHAM

PCR (COVID 19).

**الدكتور سعيد الغزولي**  
طبيب محلف، خبير لدى المحاكم  
طبيب محلف، خبير لدى المحاكم  
60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) - مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء  
الهاتف : 022 90 70 88

LABORATOIRE NATIONAL  
DE REFERENCE

Identifiant du patient : 20M0002396

Date de naissance : 13/11/1967

Sexe : M

Date de l'examen : 05/12/2020

Prélevé le : 05/12/2020 à 07:42

Edité le : 05/12/2020 à 16:51

Mr NASSI HICHAM

Dossier N° : C20123065



## 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 05/12/2020 à 16:51

Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila

Hôpital Cheikh Khalifa Bin Zayed  
Prof Jalila EL BAKKOURI  
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](mailto: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 : **C20123065**  
de : **NASSI HICHAM**  
IPP : **20M0002396** Date de naissance : **13/11/1967**  
**Analyses : COVID-19 - PCR**

## Reçu de caisse

Numéro	Intitulé	Date encaissement
C20123065	NASSI HICHAM	05/12/2020 07:45

Mode paiement	Numéro de quittance	Montant Dhs
Espèce	89926	500.0
Total payé		500.0

Reçu établi par : EL KANDOUNI NAJAT

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