

## 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
- 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 - Tel : 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° W21-607348

61609

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

02189

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

MAATOUQUE Mohamed

Date de naissance :

1956

Adresse :

G.T. Rue 105 N°6 OULFA  
CASABLANCA

Tél. :

0664022730

Total des frais engagés :

800,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



| 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 |
| 12/02/21                       | C                 |                       | 20081                           | INP : 09069666   |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |      |                       |
|--|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES  |          |                              |                        |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire de Diagnostic  | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| LABORATOIRE ANALYSE RADIO-IMMUNOLOGIQUE<br>F.B. KARIM<br>Radio-Biologie<br>Tél: 0522 86 03 36 | 12/02/21 | B.4.62                       | 60007                  |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |

| 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 :<br>Veuillez 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"> <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)<br>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'EXECUTION



**Docteur Saïd GZOULI**

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

**الدكتور سعيد الغزولي**

طبيب محلف  
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 12 FEB 2021 : الدار البيضاء، في

أنا **ناتانقي شوكاني**

**PCR (Covid 19).**



**دكتور سعيد الغزولي**  
طبيب محلف  
خبير لدى المحاكم  
(قرب مصحة الضمان الإجتماعي) - الدار البيضاء  
مازولا - هاشاني - الدار البيضاء  
Tél: 0522 90 70 88  
مازف - هاشاني

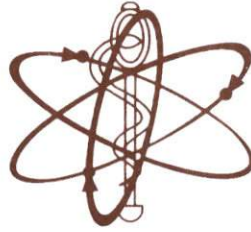
60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) - مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

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

# Anoual

Laboratoire de Biologie medicale  
Genetique moleculaire  
Radio immuno-analyse  
Diagnostic Prenatal  
Biologie de la Reproduction



## مختبر أنوال

**Docteur Jamal FEKKAK**

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Diplômé de l'Université Paris VII

et de l'Institut Pasteur de Paris

Biologiste Qualiticien

**FACTURE N° 2102170044**

**Mr Mohamed MAATOUQUI**

Demande N° 2102170044

Date de l'examen : 17-02-2021

Analyses :

### Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse                        | Val  | Clefs |
|----|--------------------------------|------|-------|
|    | Recherche SARS CoV2 par RT-PCR | E600 | E     |

Total des B : 0

TOTAL DOSSIER : 600 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cents dirhams DH



# Anoual

Laboratoire de Biologie medicale  
Genetique moleculaire  
Radio immuno-analyse  
Diagnostic Prenatal  
Biologie de la Reproduction

Mr Mohamed MAATOUQUI

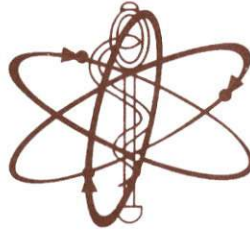
Né(e) le : 01-01-1956

Dossier N° : 2102170044

Date de l'examen : 17-02-2021

Prélevé le : 17-02-2021 09:20 en interne

Edité le : 22-02-2021



# مختبر أنوال

**Docteur Jamal FEKKAK**

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Diplômé de l'Université Paris VII

et de l'Institut Pasteur de Paris

Biologiste Qualiticien

DR : Said GZOULI

Adresse : 60 ROUTE MLY THAMI MAZOLA HAY HASSANI

Page 1 / 1

## VIROLOGIE MOLECULAIRE (SARS-CoV-2)

**Nature du prélèvement**

Ecouvillon naso-pharyngé

**Résultat**

Négatif

**Conclusion**

Absence de l'ARN viral du SARS-CoV-2

Technique: RT-PCR temps réel, GeneProof SARS-CoV-2 PCR Kit.

