

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

- Reclamation : 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 - 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° W19-458095

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3218 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Beljet Zoub
 Date de naissance : 18/12/54
 Adresse : 2000 EN 239 Cité Dakhla
 Tél. : 06613 89556 Total des frais engagés : 815.00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Beljet Zoub Age : 65 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Covid 19
 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 politique relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Agdal le : 11 DEC 2020
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 18/11/2020

ACCUEIL

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-458095

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3218
 Nom de l'adhérent(e) : Beljet Zoub
 Total des frais engagés : 815.00 DHS
 Date de dépôt :

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE MEDICAL D'ANALYSE MEDICALE Imm. Miraflores, Bd. Chetani, Sidi Tel: 0520 848 72 / 0528 820 210 Fax: 0520 828 431 25 av Mahfoud Filali	17/11/2020	1. Hémicéphale	71,000
		2. Hémicéphale	71,000
		3. Hémicéphale	71,000
		4. Hémicéphale	71,000
		5. Hémicéphale	71,000
		6. Hémicéphale	71,000
		7. Hémicéphale	71,000
		8. Hémicéphale	71,000
		9. Hémicéphale	71,000
		10. Hémicéphale	71,000
		11. Hémicéphale	71,000
		12. Hémicéphale	71,000
		13. Hémicéphale	71,000
		14. Hémicéphale	71,000
		15. Hémicéphale	71,000
		16. Hémicéphale	71,000
		17. Hémicéphale	71,000
		18. Hémicéphale	71,000
		19. Hémicéphale	71,000
		20. Hémicéphale	71,000
		21. Hémicéphale	71,000
		22. Hémicéphale	71,000
		23. Hémicéphale	71,000
		24. Hémicéphale	71,000
		25. Hémicéphale	71,000
		26. Hémicéphale	71,000
		27. Hémicéphale	71,000
		28. Hémicéphale	71,000
		29. Hémicéphale	71,000
		30. Hémicéphale	71,000
		31. Hémicéphale	71,000
		32. Hémicéphale	71,000
		33. Hémicéphale	71,000
		34. Hémicéphale	71,000
		35. Hémicéphale	71,000
		36. Hémicéphale	71,000
		37. Hémicéphale	71,000
		38. Hémicéphale	71,000
		39. Hémicéphale	71,000
		40. Hémicéphale	71,000
		41. Hémicéphale	71,000
		42. Hémicéphale	71,000
		43. Hémicéphale	71,000
		44. Hémicéphale	71,000
		45. Hémicéphale	71,000
		46. Hémicéphale	71,000
		47. Hémicéphale	71,000
		48. Hémicéphale	71,000
		49. Hémicéphale	71,000
		50. Hémicéphale	71,000
		51. Hémicéphale	71,000
		52. Hémicéphale	71,000
		53. Hémicéphale	71,000
		54. Hémicéphale	71,000
		55. Hémicéphale	71,000
		56. Hémicéphale	71,000
		57. Hémicéphale	71,000
		58. Hémicéphale	71,000
		59. Hémicéphale	71,000
		60. Hémicéphale	71,000
		61. Hémicéphale	71,000
		62. Hémicéphale	71,000
		63. Hémicéphale	71,000
		64. Hémicéphale	71,000
		65. Hémicéphale	71,000
		66. Hémicéphale	71,000
		67. Hémicéphale	71,000
		68. Hémicéphale	71,000
		69. Hémicéphale	71,000
		70. Hémicéphale	71,000
		71. Hémicéphale	71,000
		72. Hémicéphale	71,000
		73. Hémicéphale	71,000
		74. Hémicéphale	71,000
		75. Hémicéphale	71,000
		76. Hémicéphale	71,000
		77. Hémicéphale	71,000
		78. Hémicéphale	71,000
		79. Hémicéphale	71,000
		80. Hémicéphale	71,000
		81. Hémicéphale	71,000
		82. Hémicéphale	71,000
		83. Hémicéphale	71,000
		84. Hémicéphale	71,000
		85. Hémicéphale	71,000
		86. Hémicéphale	71,000
		87. Hémicéphale	71,000
		88. Hémicéphale	71,000
		89. Hémicéphale	71,000
		90. Hémicéphale	71,000
		91. Hémicéphale	71,

[illegible]

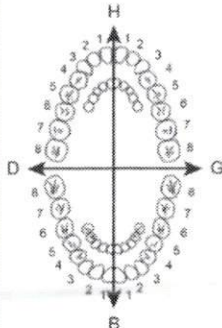
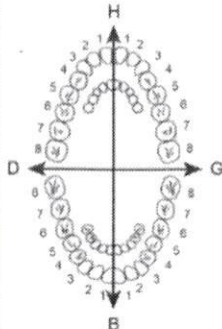
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 l'ODF.

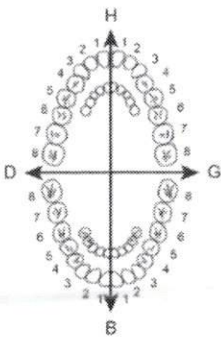
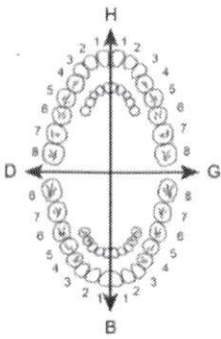
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table><tr><td></td></tr></table>														
				MONTANTS DES SOINS <table><tr><td></td></tr></table>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <table><tr><td></td></tr></table>														
	<table><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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
35533411	11433553																	
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <table><tr><td></td></tr></table>															
			DATE DU DEVIS <table><tr><td></td></tr></table>															
			DATE DE L'EXECUTION <table><tr><td></td></tr></table>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BOUKKADI Abdelilah

Médecine Générale

Diplômé de la faculté de Médecine
et C.H.U. Ibn Sina Rabat

D.U. en Diabétologie
Université Paris 13
Médecine de Travail

Echographie

Médecin agréé pour la visite médicale
de permis de conduire
- Médecin expert -

Imm. El Bassita, N° 6 Hay Salam - Agadir -
Tél.: 05 28 22 96 43 - GSM : 06 67 69 71 33



الدكتور بقاضي عبد الإله

الطب العام

خريج كلية الطب

والمركز الإستشفائي ابن سينا بالرباط

دبلوم جامعي في علاج أمراض السكري

جامعة باريس 13

طب الشغل

الفحص بالصدى

طبيب معتمد للفحص الطبي

لرخصة السياقة

- خبير طبي -

عمارة البسيطة رقم 6 حي السلام «فوق عجالات النجاج»

الهاتف: 05.28.22.96.43 / 06.67.69.71.33

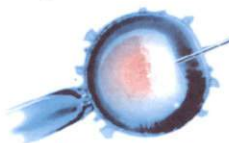
أكادير، 07.11.2029

9- Zaïne Belyid

Test Covid 19
(PCR)

Meu

Dr. BOUKKADI Abdelilah
OMNIPRATICIEN
Diabétologie
Imm. Bassita N° 6, Hay Salam
AGADIR - Tel. 0528 22 96 43



المساعدة الطبية على الإنجاب
PROCRÉATION MÉDICALE ASSISTÉE

Laboratoire Mahfoud d'analyses médicales

Dr. Samir Mahfoud Filali

Spécialiste en analyses médicales : Lauréat de l'UCL, Bruxelles
Spécialiste en procréation médicale assistée : Diplôme de Montpellier UM



Imm Marhaba, Bd. Chaikh Saadi - 29 Février - AGADIR - Tél: 05 28 82 02 10 / 05 28 84 81 72 - Fax : 05 28 82 04 51

Code Patient : 252892

Enregistré le : 17/11/20 à 14h45 par:NB

Prélèvement le : 17/11/20 à 14h44

Edité le : 18/11/20 à 14h05

CIN/PASSEPORT: J31048

DN:18/12/1954

Madame BELJID Zaina

Référence : 171120 389

Dr.

Page: 1/1

EXAMENS DU LABORATOIRE

Autorisation ministérielle N° 12676

CORONAVIRUS SARS COV2 (COVID 19)

(PCR en temps réel):Extraction par EZ1 et amplification par ROTOR-GENE

Date du test: 18/11/2020

RESULTAT: Génome de SARS COV2 est détecté

la sensibilité des tests SARSCOV2 par RT PCR utilisés pour le SARS COV 2 varie selon le type de prélèvement et la période à la quelle celui-ci est effectué au cours de la maladie. Un résultat négatif doit être interprété avec prudence et en présence des symptômes évocateurs, une infection à COVID19 ne peut être totalement exclue. un résultat SARS COV2 positif est à corrélérer avec l'état clinique du patient et le contexte pandémique actuel.

Résultats validés par Dr Samir MAHFOUD FILALI, Biologiste

LABORATOIRE MAHFOUD
D'ANALYSE MÉDICALES
Imm. Mirhaba, Bd. Chaikh Saadi
Tél: 0528 848 172/0528 820 210
Fax: 0528 820 451
Dr Samir Mahfoud FILALI

Laboratoire MAHFOUD

Adresse: Bd Chaikh Saadi - AGADIR - Maroc
Tél.: 05.28.82.02.10 - Fax: 05.28.82.04.51 ICE:001169237000027
IF: 75701680 INP: 043000520

Code Patient : 252892
17/11/2020

FACTURE N° 155794

Nom et Prénom ... : Madame Zaina BELJID

Prescripteur :

Référence..... : 171120 389

Analyses cotées à : PAT Dh 0,00+ SEC Dh 0,00+ SARS Dh700,00+

Arrêtée le présent reçu à la somme de 715,00 Dhs
Sept cent quinze Dirhams et zéro centime

Dr. Samir MAHFOUD
Biologiste
LABORATOIRE MAHFOUD
D'ANALYSE MEDICALES
Imm. Mrhaba, Bd. Chaikh Saadi
Tél: 0528 848 172 / 0528 820 210
Fax: 0528 820 451
Dr. Samir Mahfoud F" A" I