

# 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.

## Biologie 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

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° P19- 0033653

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2442 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DBALI ABDESSATY

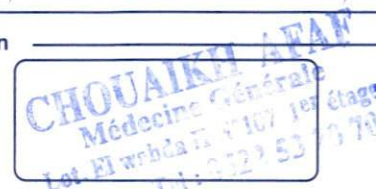
Date de naissance : 27-09-1988

Adresse : BLD L N12 - DELOUA

Tél. : 0651612944 Total des frais engagés : 150325,70 + 600 DH

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/07/21

Nom et prénom du malade : Dbali Abdessaid Age :

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

Nature de la maladie : Affection Respiratoire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

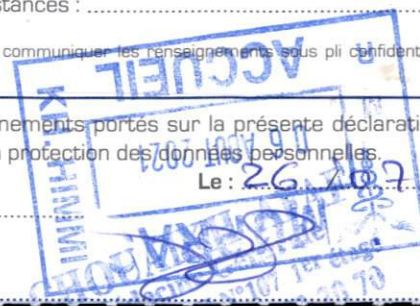
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : DELOUA Le : 26/07/21

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                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 26/07/21        | C                 |                       | 150,00                          |  |
| 27/07/21        | ct                |                       | 6                               |                                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                           | Date     | Montant de la Facture |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
|  | 27/07/21 | 325,20                |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue                               | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 26/07/21 |                              | 600,00                 |
|                                                                                   |          |                              |                        |
|                                                                                   |          |                              |                        |
|                                                                                   |          |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

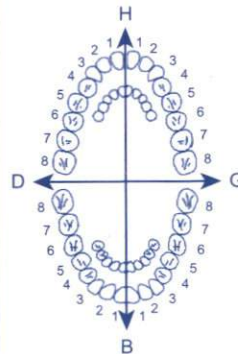
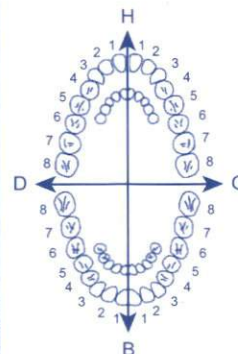
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES                                                                      | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                          | Nature des Soins | Coefficient |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|----------------------------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             | 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<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 00000000 G<br>35533411 11433553<br>B<br>(Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             | 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'EXEC

**DR. Chouaikh AFAF**  
**Médecine Générale**

107, Lot El Wahda II - 1er Etage  
Deroua - Tél: 05 22 53 20 70

**الدكتورة الشويخ عفاف**  
**الطب العام**

107، تجزئة الوحدة II ، الطابق الأول  
الدروة، الهاتف : 05 22 53 20 70

الدروة، في 27/07/21 Deroua, le

Abdessaid Dbali

**PHARMACIE BEN M'SIK**  
MAROUANE MSIK  
Docteur en Pharmacie  
Lot Khadija Bd Oum Rablaa - Deroua  
Fix: 0522 53 20 58

1 - Eraxin 500

42, ✓ 2 up b

2 - Predni 20  
3 up b

16, 3 - Andol c  
22, 70 x 2 1 up 2 b

4 Pectryl 2 b

30, 12, 80 ced  
198  
T = 325, 7

PER :  
LOT :  
PPV : 139,50

LOT N° :  
UT. AV :  
PPV (DH) : 42,00  
ANDOL C  
Comprimés effervescent  
500  
PPV (DH) : 16,00  
Lot N° :  
A ut. av :

PPV 22DH70  
EXP 09/2023  
LOT 05011 4  
**PECTRYL®**  
SIROP EXPECTORANT  
PECTORANT SYRUP  
150 ml

PPV 22DH70  
EXP 11/2023  
LOT 00051 4  
**PECTRYL®**  
SIROP EXPECTORANT  
EXPECTORANT SYRUP  
150 ml

CHOUAIKH AFAF  
Médecine Générale  
Lot El Wahda II - 1er Etage  
Deroua, Tel : 05 22 53 20 70

LOT 191739  
EXP 07/2022  
PPV 30.00DH

LOT 191187  
EXP 04/2022  
PPV 52.80DH

**DR. Chouaikh AFAF**  
**Médecine Générale**

107, Lot El Wahda II - 1er Etage  
Deroua - Tél.: 05 22 53 20 70

**الدكتورة الشويخ عفاف**  
**الطب العام**

107، تجزئة الوحدة II ، الطابق الأول  
الدرو، الهاتف : 05 22 53 20 70

Deroua, le 26/07/21 الدرو، في

AbdesSaid Dbali

PCR SARS COV 2.

CHOUAIKH AFAF  
Médecine Générale  
Lot. El wahda II - 1er Etage  
Deroua. Tel : 05 22 53 20 70

LABORATOIRE SEKKAT  
D'Analyses Médicales  
Région de la Zone Industrielle N°12 Berrechid





# LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

مختبر سقاط للتحاليل الطبية

Βιοχημεία - Ηématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -

Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Dr. Mohamed SEKKAT  
Médecin Biologiste

Pvt du: 26/07/2021

Mr DBALI Abdessaid

Edition du : 27/07/2021

Né(e) le : 27/09/1958

Dossier N° : 10A16434290



C..I.N : W35954



Page : 1/1

## MOLECULAR DIAGNOSTIC

Valeurs Usuelles

Antériorité

### COVID-19 (SARS-COV-2) BY RT-PCR

Specimen : NASOHARYNGEAL SWAB

Result : POSITIVE : SARS-COV-2 RNA Detected  
(SaCycler 96(RT-PCR), Kit Sacace Real Time PCR Kit for detection of SARS-CoV (COVID-19))

Prélèvement : Ecouvillon naso-pharyngé.

Résultat : POSITIF : ARN viral SARSCoV-2 détecté.  
(SaCycler 96(RT-PCR), Kit Sacace Real Time PCR Kit for detection of SARS-CoV (COVID-19))

#### INTERPRETATION :

Note : Severe Acute Respiratory Syndrome  
Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) RNA Detection, is a qualitative PCR test.

Not Detected: Not detected indicates that SARS-CoV-2 RNA is either not present in the specimen or is present at a concentration below the assay's lower limit of detection. This result may be influenced by the stage of the infection and the quality of the specimen collected for testing. Repeat test if deemed necessary after 72 hours.

Detected: Detected indicates that SARS-CoV-2 RNA is present in this specimen. Results should be interpreted in the context of all available laboratory and clinical findings.

Presumptive Positive: Only one of multiple genes is detected. Low viral load possible. Please send a repeat sample after 72- 96 hours and correlate clinically.

LABORATOIRE SEKKAT  
D'Analyses Médicales  
Dr. SEKKAT Méd  
Lot LE Youssef II 142 Berrechid