

## 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 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-641875

ND: 91803

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3428 Société : RAA

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Zizi Mohamed

Date de naissance : 26/06/86

Adresse : 12 Rue Trachel-Ange Rabat

Tél. : 0661331633 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. ELABY S. Médecin Généraliste EL ANASSI-KENITRA

Date de consultation : 06/09/21

Nom et prénom du malade : ZIZI NOUR Age : 21

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 : Kenitra

Le : 07/09/21

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
07/09/21				INP 2511180445

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07-09-21	188,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07-09-21	B: 0	700,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**VOLET ADHERENT**

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

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE

07.09.21

M.

ZIZI NOUR

CACHET

$$2 \times 79.70 = 159.40$$

1) Zithromax 500 (2BT)

1cp le 1<sup>er</sup> jour

puis 1/2 cp/j pd 10j

$$2 \times 14.60 = 29.20$$

2) Doliprane 1000 (2BT)

1cp 3/j

14,60

PPV: 14DH60  
PER: 07/24  
LOT: K2045

PPV: 14DH00

PER: 07/24

LOT: K2119

Dr. EL ABY.S  
Médecin - Pédiatre  
Hôpital El Idrissi - KénitraPHARMACIE YOUSSEF  
Dr. BENWAHLOU AHMED  
Tél: 0537 25 16 05  
1777, Lot Ismailia - Kénitra

DATE

07.09.21

CACHET

M.

ZIZI NOUR.

PCR

LABORATOIRE INTERNATIONAL  
d'analyses biologiques médicales  
PATENTÉ : 21601748 - INPE : 05/063053  
IF : 34459291 - ICE : 002264699/000084  
23. Rue 22 Sidi KALEM.

Dr. ELABY.S  
Médecin Pédiatre  
Hôpital El Kharissi - KENTRA



**ZITHROMAX®**  
azithromycine 500 mg



**ZITHROMAX 500 MG**  
Boîte de 03 comprimés

Lot : 1278520

Date Fab: 08 / 2018 Date Exp: 08 / 2021

PPV : 78,70 DH

Respecter les doses prescrites

liste 1 uniquement sur ordonnance

**ZITHROMAX®**  
azithromycine

500 mg

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc  
Km 0.5 Route de Ouadja 24000 El Jadida

Laboratoires  
**Pfizer** S.A.



6118000250500

3 Comprimés sécables



# زيتروماكس

أزيتروميسين



**3 أقراص / 500 mg**

**ZITHROMAX® 500 mg** ○

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 1 2 2 2

P.P.V.

79 70

LOT N° : 1 2 0 9 6

79,70

## FACTURE N° : 210009306

SIDI KACEM le 07-09-2021

Mme ZIZI Nour

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PAD	PRELEVEMENT A DOMICILE	E100	E
	RT-PCR RAPIDE COVID	E600	E

Total des B : 0

TOTAL DOSSIER : 700.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cents dirhams .

LABORATOIRE INTERNATIONAL  
d'analyses biologiques médicales  
PATENTE : 21600748 INPE : 053063053  
IF : 34450291 ICE : 002204699000084  
29, Rue 22 - SIDI KACEM.



Date du prélèvement : 07-09-2021 à 09:06

Code patient : 2109070095

Né(e) le : 01-01-2000 (21 ans)

N° ID : BE896842

Mme ZIZI Nour

Dossier N° : 2109070095

Prescripteur : Ville de KENITRA



## BIOLOGIE MOLECULAIRE

### Recherche du Génome SARS-CoV-2 (gène RdRp, gène N et gène E)

(Technique de RT-PCR en Temps Réel sur GENEFINDER)

Prélèvement :

Ecouvillonnage Nasal et Pharyngé

Résultat :

**POSITIF**

NB : L'interprétation du résultat est en fonction de la clinique, du profil sérologique (anticorps anti SARS-CoV2 IgM / IgG) et de la date et la qualité du prélèvement naso-pharyngé.

### Molecular Biology NAAT of SARS-CoV-2 (RdRp, N and E gene)

(Technic of RT-PCR on reel time at GENEFINDER)

Type of sample :

Nasal and Pharyngeal Swab

Result :

**POSITIVE**

Validé par : Pr. BAHJI Mostafa

