

## 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 - 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° W21-645425

91997

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5985 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NOUHAIJA SAID

Date de naissance :

Adresse : Habituelle

Tél. : Habituel Total des frais engagés : 800

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur ANHA CHEMLAI  
Médecine Générale  
Echographie  
13 Bd Bourgoigne 1ère Etage Casablanca

Date de consultation : 28/08/2021

Nom et prénom du malade : NOUHAIJA SAID Age : 38

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : 28/08/2021

Signature de l'adhérent(e) : Said

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
28/08/21			200 DH	INP : 05104988

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28.08.21	B: 0	600 DH

# 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 :

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] 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 Fatiha Chemlali**

**Médecine Générale**

**Echographie**

**الدكتورة فتيحة شملالي**

الطب العام  
الفحص بالصدى

Casablanca, le :

28/08/2021

الدار البيضاء في

Makari Mohamed

P. C. N.

LABORATOIRE TOUZANI RACINE  
50 Bd Ain Taoujate Casablanca  
Tél 05 22 47 49 49 / 05 22 47 52 52

Docteur Fatiha CHEMLALI  
Médecine Générale  
Echographie  
119, Bd. Bourgogne 1er Etage Casablanca



119 , شارع بوركون - أقامة فينيسيا - الطابق الاول(امام مستوصف احد)الدار البيضاء - الهاتف : 0522.22.85.46

119, Bd. Bourgogne - Résidence Phénicia - 1er étage(en face de centre de santé OUHOUD)Casablanca - Tél : 0522.22.85.46



LABORATOIRE  
**TOUZANI**  
R A C I N E

**Dr Othmane TOUZANI**

Spécialiste en : Hématologie - Biochimie - Bactériologie  
Virologie Clinique - Immunologie - Parasitologie - Mycologie  
Biologie de la Reproduction (Université Marseille)  
Qualité en Biologie Médicale (Université Bordeaux)

**FACTURE N° : 210828072**

Casablanca le 28-08-2021

INPE :



093061422

**Enf Mohamed MOUHAJIR**

Date de l'examen : 28-08-2021

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
	PCR COVID	E600	E

Total des B : 0

TOTAL DOSSIER : 600DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cents dirham

LABO TOUZANI  
50, Bd Aïn Taoujtate, Casablanca  
Tél : 05 22 47 49 49 / 47 52 52 - Fax : 05 22 48 66 00 - E-mail : laboratoiretr@gmail.com  
INPE : 093061422 Patente : 35652203 IF : 18744872 ICE : 001547834000059 CNSS : 5413323

**La Qualité est notre souci permanent**

50, Boulevard Aïn Taoujtate, Racine (prolongement clinique Badr) - Casablanca - Maroc  
Tél : 05 22 47 49 49 / 47 52 52 - Fax : 05 22 48 66 00 - E-mail : laboratoiretr@gmail.com  
INPE : 093061422 Patente : 35652203 IF : 18744872 ICE : 001547834000059 CNSS : 5413323



LABORATOIRE  
**TOUZANI**  
RACINE

Code Patient 210130094



Prélèvement du : 28-08-2021  
au labo à 10:07  
**Demande N° : 210828072**  
Edition : 12-11-2021

**Dr Othmane TOUZANI**

Spécialiste en : Hématologie - Biochimie - Bactériologie  
Virologie Clinique - Immunologie - Parasitologie - Mycologie  
Biologie de la Reproduction (Université Marseille)  
Qualité en Biologie Médicale (Université Bordeaux)

**Enf MOUHAJIR Mohamed**

Né(e) le : 29-03-2008

Prescripteur :



## BIOLOGIE MOLECULAIRE

### RECHERCHE DU SARS-CoV-2 (COVID-19) PAR PCR EN TEMPS REEL (RT-PCR)

Nature du prélèvement  
Résultat

Naso-pharyngé  
**POSITIF**

CT

20

Réactifs : GenProof SARS-CoV-2 Screening PCR Kit

*La sensibilité des tests RT-PCR utilisés pour le SARS-CoV-2 varie selon le type de prélèvement et la période à laquelle celui-ci est effectué au cours de la maladie. Un résultat négatif doit être interprété avec prudence et en présence de symptômes évocateurs, une infection à Covid-19 ne peut être totalement exclue.*

Demande validée biologiquement par Dr Othmane TOUZANI

LABORATOIRE TOUZANI RACINE  
50 Bd Aïn Taoujtate, Racine (prolongement clinique Badr) - Casablanca - Maroc  
Tél : 05 22 47 49 49 / 47 52 52 - Fax : 05 22 48 66 00 - E-mail : laboratoireltr@gmail.com  
INPE : 093061422 Patente : 35652203 IF : 18744872 ICE : 001547834000059 CNSS : 5413323