

# 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.

## Prothèse :

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

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

NID: S1026

## Déclaration de Maladie : N° S19-0000588

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11234 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MARNISSI Nouradone Date de naissance : 12/01/1967  
Adresse : 1st Zaimb n° 18 ouest  
Tél. : 0664 886 153 Total des frais engagés : 0,00

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BELKEBIR Khadija  
Date de consultation : 10 DEC 2020  
Nom et prénom du malade : MARNISSI Nouradone  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Caspian Covid  
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 : 10 DEC 2020 Le : 10 DEC 2020  
Signature de l'adhérent(e) :

# 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         |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09/11/2020      | 9                 | 1                     | 150 Mt                          | Dr. BELKEBIR<br>Rue 77, Casablanca<br>Cité Oulfa<br>Tel: 0522 90 48 70 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                              | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Pharmacie Al Azhar Essalam<br>Tel: 0522 91 17 18<br>Pour Ordonnance | 09/11/2020 | 324,00                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| TOIRE CASALAN<br>21er<br>Secrétariat                | 09/11/2020 | 5646                         | 700,00 Mt              |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

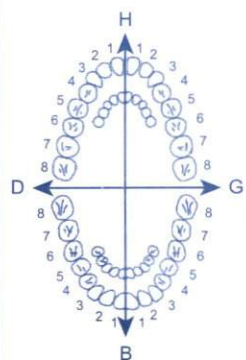
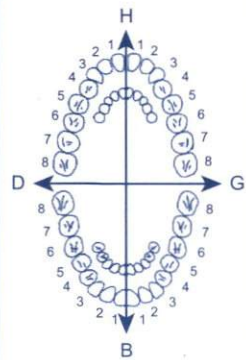
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

# 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 |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|   |  |                     |                    | MONTANTS DES SOINS      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|   |  |                     |                    | DEBUT D'EXECUTION       |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|   |  |                     |                    | FIN D'EXECUTION         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|   |  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|   |  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|   |  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|   |  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|   |  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|   |  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table> |                     | H                  | H                       | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | B | Coefficient DES TRAVAUX |
|   | H  | H                   |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|   | 25533412   | 21433552            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|   | 00000000   | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|   | D  | G                   |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|   | 00000000   | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|   | 35533411   | 11433553            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|   | B  | B                   |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                         |
|   | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                     | 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

Dr. Khadija BELKEBIR  
MÉDECINE GENERALE

Lot. El Alia - Rue 27 N° 94  
Bd. Oued Tansift - El Oulfa  
Tel.: 0522 90 48 76 - CASABLANCA

الدكتورة خديجة بلكير  
الطب العام

تجزئة العالية - الزنقة 27 رقم 94  
شارع وادي تانسيفت - الالفه  
الهاتف : 0522 90 48 76 - الدار البيضاء

Casablanca, le 29/11/2022 في الدار البيضاء

PPV: 79DH70  
PER: 09/23

M<sup>r</sup> HARNISS NOUREDDINE

2x 79,10

6 118001 2  
PPV: 20.90 DH

Azhar Essalam  
S.V. 500  
my 10 rat 65

20,90

2)

v. r. - e S.V. 500

15,30

7 le - at

3)

v. r. - e S.V. 500

40,90

my x 21

1)

2 in C S.V. 500

90,50

my 10 rat 65

Pharmacie Azhar Essalam  
Tel: 05 22 91 17 18  
0522 90 48 76

LOT 201410 2  
EXP 06 2024  
PPV 90,50

my 10 rat 65

64

x 23

Dr. Khadija BELKEBIR  
MEDECINE GENERALE

Lot. El Alia - Rue 27 N° 94  
Bd. Oued Tansift - El Oulfa  
Tel.: 0522 90 48 76 - CASABLANCA

الدكتورة خديجة بلكبير  
الطب العام

تجزة العالية - الزنقة 27 رقم 94  
شارع وادي تانسيفت - الالفة  
الهاتف : 0522 90 48 76 - الدار البيضاء

Casablanca, le 03/11/2023

M<sup>r</sup> HAN Nissi MOUREDDINE

- PCR

- Serologie



Dr. Khadija  
MEDECINE GENERALE  
Lot. El Alia - Rue 27 N° 94  
Bd. Oued Tansift - El Oulfa  
Tel.: 0522 90 48 76



Dossier N° : **2011093444** Patient N° : 2011093444  
Résultats de : **Mr Noureddine MARNISSI**  
Né(e) le : 12/08/1967 - 53 ans  
N° CIN : BH76868  
LOT ZINEB 18 APT 06 OULFA  
20000 CASABLANCA

0.00

Mme/Mr Le DR Prescripteur Médecin  
CLINIQUE ou Cabinet Médical  
20000 CASABLANCA

Edition du : 11-11-2020 à 12:16  
Dossier enregistré le 09-11-2020 17:48 par MA

Prélèvement du à par

< Compte-rendu complet validé techniquement par : OK >

Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

## BIOLOGIE MOLECULAIRE

### Recherche du coronavirus SARS COV -2 ( Covid-19) par RT-PCR :

Nature de prélèvement: Nasopharyngé  
CNIE: BH76868  
Résultats: **Présence de l'ARN SARS-Cov2**

Un résultat négatif n'exclut pas la maladie, à confronter avec les données cliniques.

Validation biologique par : Le Dr M. JENANE Dr K. OUAZZANI Le Dr M. BEZZARI



FACTURE N° 2011093444  
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 11-11-2020

INPE : 093002574

Mr Nouredine MARNISSI

Demande N° 2011093444  
Date d'examen : 09/11/2020

**Récapitulatif des analyses**

| CN   | Analyse                                   | Val  | Clefs |
|------|---|------|-------|
| PNAS | Prélèvement Nasopharyngé                  | E20  | E     |
|      | Recherche de coronavirus covid-19 par PCR | B469 | B     |

Total des B : 469

Arrêtée la présente facture à la somme de : ..... \* **700.05 DH** \*  
**sept cents dirhams cinq centimes**



C