

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-648030

84781

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 007099 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité  
 Nom & Prénom : AZIZ NOHANE  
 Date de naissance : 13/08/1960  
 Adresse : N° 44 Rue OUKHOVANE HAY ERRAHA CASABLANCA  
 Tél. : 0665108044 Total des frais engagés : #500,00 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 02/08/2021  
 Nom et prénom du malade : AZIZ NOHANE Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : suspect 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 : CASABLANCA Le : 26/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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



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
02/08/2021				INP : 0000000000

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/08/2021	500,00 D.T.	

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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 l'O.D.F.												
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"> <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 colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[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

ROYAUME DU MAROC  
Ministère de la santé  
Délégation Ain Chock  
Hôpital Mohamed Seldrat



المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
مندوبية عين الشق  
مستشفى محمد السقاط

Ordonnance

le 02/10/2021

Aziz Tk A

test covi A/B





Prélèvements à domicile  
sur rendez-vous

مختبر الصقلي للتحليلات الطبية  
Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales

Laboratoire agréé par l'INPE (N° 093000214)  
Dr. BENMILOUD Leubna, Médecin Titulaire  
Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de  
Alger (Université de la Méditerranée)  
Diplôme d'Etat de Médecin Généraliste et Spécialiste en Maladies Infectieuses



**FACTURE N° : 210800365**

Casablanca le 03-08-2021

**Mr Mohamed AZIZ**

Demande N° 2108030016

Date de l'examen : 03-08-2021

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
	COVID PCR	B522.39	B

Total des B : 522.39

TOTAL DOSSIER : 500DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cents dirham s

مختبر الصقلي للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE SQALLI d'ANALYSES MEDICALES  
Dr. BENMILOUD  
240, Bd Ibrahim Roudani Maârif  
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61  
Fax: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61

Code INPE : 093000214  
AWB - Agence Rue Nassih Eddine  
RIB : 007 780 0003555000000328 25



093000214



Dr. BENMILOUD Loubna, Médecin biologiste.

Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

Diplôme universitaire de qualité en sciences de la santé

Diplôme d'hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales

Prélèvements à domicile  
sur rendez-vous

Date du prélèvement : 03-08-2021 à 08:32

Code patient : 2108030016

Né(e) le : 13-08-1960 (60 ans)

Mr AZIZ Mohamed

Dossier N° : 2108030016

Prescripteur :



## BIOLOGIE MOLECULAIRE

### Détection du génome du SARS CoV-2 par RT-PCR (COVID 19) (KitGeneFinder COVID-19 Plus Real Amp)

Origine du prélèvement

Naso-pharyngé

Résultat

Recherche NEGATIVE: Absence de l'ARN du virus  
SARS-CoV 2

Passeport N°:

Un résultat de PCR négatif n'élimine pas le diagnostic. A confronter au contexte clinique et radiologique.

Au vu de la prévalence actuelle de circulation du SARS-CoV-2 (COVID19), un résultat négatif doit être interprété avec prudence. En présence de symptômes cliniques significatifs, le maintien de mesures de protection reste recommandé.

SARS-CoV-2 (COVID) not detected: negative search for SARS-CoV-2 VIRUS RNA

In view of the current circulating prevalence of SARS-CoV-2 (COVID19), a negative result should be interpreted with caution.  
In the presence of significant clinical symptoms, the maintenance of protective measures remains recommended.

Validé par : Dr. BENMILOUD Loubna

جنر المحلل  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. BENMILOUD