

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W21-726429

13310

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 1042	Société : R.A.M.	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : EL AMRAOUI SITTY		
Date de naissance : 26/07/1975		
Adresse :		
Télé. : 0522912636	Total des frais engagés : 731	Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Docteur EL ONK EI Mostafa Délégation Hay Hassani INPE: 111052916 Casablanca	
Date de consultation : 30/07/2019	
Nom et prénom du malade : EL AMRAOUI SITTY	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Soi-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : GORGE	
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



## **RELEVE 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
20-04-22	CS		gratuit	Doktor EL ONK El Mostafa Délégation Hay Hassani INPE: 111052916 Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE ELIOU ame. BFM El Oued Ter Tunisie</i>	<i>26/08/2023</i>	<i>331,00</i>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
BUREAU NATIONAL DE RÉFÉRENCE	30/06/22	PCR	400.-dh.

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....



66,00

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				يحفظ بعيدا عن ال ia chaleur et de l'humidité.
				DEBUT D'EXECUTION 0 mg escent. odium.
				FIN D'EXECUTION
				يحفظ بعيدا عن الحرارة و l'humidité et à l'abri de la lumière.

ZINASKIN® 45 mg

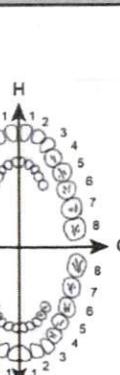
PPV 400H90 EXP 07/2024  
LOT 15038-34

20 comprimés effervescents

## ZINASKIN® 45 mg

PPV 400H90 EXP 07/2024  
LOT 15038 34

20 comprimés effervescents

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center; width: 40px;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center; width: 40px;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">25533412 00000000</td> <td style="width: 50%;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;">35533411</td> <td style="border-top: none;">11433553</td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	D	H	B	G	H		D	G	25533412 00000000	21433552 00000000	00000000		35533411	11433553	<b>ZINASKIN® 45 mg</b>  <del>PPV 400H90 EXP 07/2024 LOT 15038 34</del>  <b>20 comprimés effervescents</b>
D	H															
B	G															
H																
D	G															
25533412 00000000	21433552 00000000															
00000000																
35533411	11433553															
		<b>ZINASKIN® 45 mg</b>  <del>PPV 400H90 EXP 07/2024 LOT 15038 34</del>  <b>20 comprimés effervescents</b>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU P</b>																



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT  
HAY HASSANI  
CHP HAY HASSANI

## Ordonnance

Casablanca, 30/06/2002

EL AM Ramy Setty

Arginine 200 mg 100 ml  
6 fls x 2 - 1 P

cure 10 days  
4 fls x 2 - 1 P + 1 P

2 fls x 2 - 1 P + 1 P

cure 10 days  
4 fls x 2 - 1 P + 1 P

1 P + 1 P

14 fls x 2 - 1 P + 3 P

Docteur EL ONK El Mostafa  
Délegation Hay Hassani  
INPE: 111052916  
Casablanca

PHARMACIE EL LOTE  
Mme. BENJELLOUN NEAMA  
313, Bd. oued Tassef et oued  
Casablanca - 741 00 91 00 22



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT  
HAY HASSANI  
CHP HAY HASSANI

Ordonnance

Casablanca, 30.06.22

El Amouri Selty

PCR covid 19

LABORATOIRE NATIONAL  
DE REFERENCE

Docteur EL ONK El Mostafai  
Délégation Hay Hassan  
INPE: 111052916  
Casablanca

Spécialités

Cytogénétique  
Biologie moléculaire  
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire  
Biologie médicale  
Anatomie pathologique

## FACTURE N° : 5416 / 22

Dossier réalisé le : 30/06/22 11:08

A l'attention de : **Mme EL AMRAOUI SETTY**  
Identifiant du patient : **20K0015829**

### Analyses :

COVID-19 - PCR	B 400	400,00 DHS
----------------	-------	------------

Total dossier : 400,00 DH

Arrêté la présente facture à la somme de :  
**QUATRE CENTS DIRHAMS**



*Spécialités*

Cytogénétique  
Biologie moléculaire  
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire  
Biologie médicale  
Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 20K0015829

Date de naissance : 26/07/1975

Sexe : F

Date de l'examen : 30/06/2022

Prélevé le : 30/06/2022 à 11:05

Édité le : 30/06/2022 à 21:06

Mme EL AMRAOUI SETTY

Dossier N° : C22060921



## DÉPISTAGE ET SUIVI DE LA COVID-19

### BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

(Recherche qualitative de l'ARN du SARS-CoV-2, PCR en temps réel)

Nature du prélèvement	:	Ecouvillon nasopharyngé
CONCLUSION	:	ARN viral du SARS-CoV-2 positif.

Le 30/06/2022 à 21:06  
Signature

Dr. RAZIK Nadia

Dr. Nadia RAZIK  
Pharmacien Biologiste  
Laboratoire National de Référence

### Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma  
Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.