

## 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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-726429

130310

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10422 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL AMRANI SETTY

Date de naissance : 26/07/1975

Adresse :

Tél. : 0522912636 Total des frais engagés : 731 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 30/09/2022

Nom et prénom du malade : EL AMRANI SETTY Age :

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

Nature de la maladie : Cancer

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) :



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
30/06/22	G		gratuit	Dr. EL ONK EL Mostafa Délégation Hay Hassani INPE: 111052916 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/06/22	331,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/06/22	PCR	400 dh.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profess				

LOT 21334  
PER 09/26  
PPV 66DH00

**VITAMINE C 1g**  
Boîte de 20 comprimés effervescent  
P.P.V. : 26,50 DH  
6 118000 190936

يحفظ بعيداً عن الحرارة والرطوبة

**VITAMINE C 1g**  
Boîte de 20 comprimés effervescent  
P.P.V. : 26,50 DH  
6 118000 190936

يحفظ بعيداً عن الحرارة والرطوبة

**ZINASKIN® 45 mg**

PPV 400H90 EXP 07/2024  
LOT 15038 34

20 comprimés effervescent

**ZINASKIN® 45 mg**

PPV 400H90 EXP 07/2024  
LOT 15038 34

20 comprimés effervescent

EXP: 08/2024  
LOT: 21H23  
PPV: 49,60 DH

gouttes buvables

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU



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

Ordonnance

Casablanca, 30/06/22

EL AM Rami Setty

660  
x2. 1 P  
Asthme

408  
x2. 1 P x 2  
Zurben

26  
x2. 1 P x 2  
Klar

496  
1 ap / 15 J  
Dure

146  
3310  
x2. 1 P x 3  
Sipre

PHARMACIE ELLOTE  
Mme. BENJELLOUN NEAMA  
313, Bd. Oued Tensift El Oufi  
Casablanca - Tél: 05 22 91 00 23

Docteur EL ONK El Mostafa  
Délégation Hay Hassani  
NPE: 111052916  
Casablanca



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

**Ordonnance**

Casablanca, 30/06/22

EL Amroui Selty

DR 00019

LABORATOIRE NATIONAL  
DE REFERENCE

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



**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**

LABORATOIRE NATIONAL  
DE REFERENCE

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

Edité 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.

LABORATOIRE NATIONAL  
DE REFERENCE

Le 30/06/2022 à 21:06

Signature

Dr. RAZIK Nadia

Dr. Nadia RAZIK  
Pharmacien Biologiste  
Laboratoire National de Référence

Laboratoire National de Référence