

## 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° W19-566837

51235

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09392 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : GUETTAN KHAID  
 Date de naissance : 15-04-1970  
 Adresse : ARMAJ TAMAM, Inn A, apt 03  
 Dar, Bous35, #928,80#  
 Tél. : 0662495469 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 4 DEC. 2020  
 Nom et prénom du malade : EL FAROUJ FAROUJ Age : 27 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Inf pulmonaire covid19  
 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 : 18/11/20 Le : 18/11/20  
 Signature de l'adhérent(e) :

### 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  
 ablanca 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
	CA	CA	G	INP : 031005606

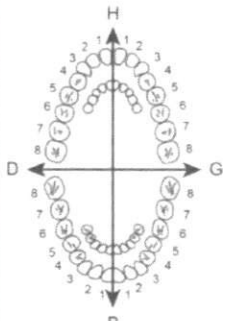
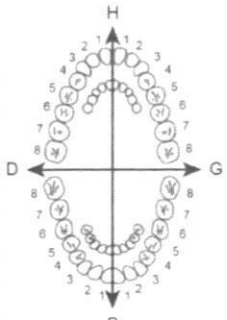
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE ELYSEE SARL</b> Avenue El-hachimi Al-Baili ( Ex, AV Taddart ) lot 1 10010 El-Hachimi N°1 Ain chock Casablanca - Maroc ; Tél: 05 22 52 00 52	18/11/2020	228,40 DHS

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16.11.20	B538	7000

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

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																				
				MONTANTS DES SOINS [ ]																				
				DEBUT D'EXECUTION [ ]																				
				FIN D'EXECUTION [ ]																				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H		G																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
				MONTANTS DES SOINS [ ]																				
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS [ ]																				
				DATE DE L'EXECUTION [ ]																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Nom-prénom : .....

Fachouk

Date : .....

7 8 Nov 2022

# Ordonnance COVID-19

1- Azythromycine 500mg :

1 comprimé par jour le 1<sup>er</sup> jour

Puis un demi comprimé par jour de J2 à J7

2- Vitamine C 1000

1 comprimé deux fois par jour  
pendant 7 jours

3- Omiz 20mg :

1 comprimé avant petit déjeuner

Pendant 7 jours

4- Zinaskin :

1 comprimé une fois par jour

Pendant 7 jours

6- Smecta :

1 sachet x 3/jour

7 - condio ASPERO 1000  
1 cp pdt un mois

LOT : 99A6622  
PER: 04 2022

SMECTA 3G  
SACHETS B30

P.P.V : 52DH40



PPV: 79DH70

PER: 10/23

LOT: J2782



**Vita C 1000**

LOT 09030 4

EXP 09/2023

PPV 15DH30

81,40

52,40



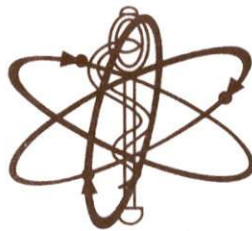
79,70



15,30







Mme Fadwa EL FAROUK

Né(e) le : 17-03-1993

Dossier N° : **2011160253**

Date de l'examen : 16-11-2020

Prélevé le : 16-11-2020 09:44 en interne

Edité le : 17-11-2020

DR :

Adresse :

Page 1 / 1

### VIROLOGIE MOLECULAIRE (SARS-CoV-2 )

**Nature du prélèvement**

Résultat

Conclusion

N gene:

RdRp gene:

E gene:

N° CIN

Adresse:

Numéro de téléphone :

Technique: RT-PCR temps réel, GeneProof SARS-CoV-2 PCR Kit.

Ecouvillon naso-pharyngé

**Positif**

**Présence de l'ARN viral du SARS COV-2.**

**Détecté**

Non détecté

Non détecté

BL126347

DAR BOUAZZA

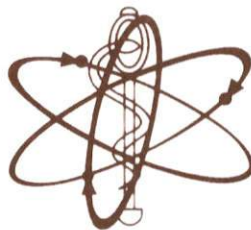
06 62 79 54 61

*Confirmité*  
*Fekkak*



# Anoual

Laboratoire de Biologie medicale  
Genetique moleculaire  
Radio immuno-analyse  
Diagnostic Prenatal  
Biologie de la Reproduction



## مختبر أنوال

**Docteur Jamal FEKKAK**

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Diplômé de l'Université Paris VII

et de l'Institut Pasteur de Paris

Biologiste Qualiticien

**FACTURE N° 2011160253**

**Mme Fadwa EL FAROUK**

Demande N° 2011160253

Date de l'examen : 16-11-2020

Analyses :

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Recherche SARS CoV2 par RT-PCR	E700	E

Total des B : 0

**TOTAL DOSSIER : 700 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cents dirhams DH

