

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W19-525966

41517

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9072

Société : RAY

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KARIM MOHAMMED

Date de naissance : 1-1-1968

Adresse : Habi Ville

Tél. : 066255805

Total des frais engagés : 100000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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.

MUPRAS

25 SEP. 2020

ACCUEIL

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-525966

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

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
08/05/2012 LABORATOIRE GAB Boulevard Aoual 991 TP 3633591	08/05/2012	B	1000000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				CŒFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B	G		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B	G																		
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Dr. MSEFFER Abdelkrim

MEDECINE GENERALE
ACUPUNCTURE
ECHOGRAPHIE GENERALE

254, Avenue Reda Guedira
(Ex. Avenue du Nil)
Casablanca

Tél.: 05 22 37 24 80 // P.: 06 61 33 95 59

E-mail : a.mseffer@menara.ma

ICE : 002057753000038

Casablanca, le

8 SEPT 2020

Dr. Krim Mame

PCR corona 19

écouvillage herp-phage

+ ~~Se~~ LABORATOIRE REG Lab 19

Docteur FILALI Mounir
93, Boulevard Anoual
P: 93061091 E: 36336941

187

Dr. MSEFFER
Dr. Abdelkrim
MEDECINE GENERALE
EX AVENUE DU NIL
GENERAL

FACTURE N° : 2009092252

Casablanca le 09-09-2020

Mr Mohammed KARIM

Demande N° 2009092252

Date de l'examen : 09-09-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
	Diagnostic moléculaire – PCR	E700	E
	AC ANTI-COVID-19 (IGG+IGM)	E300	E

Total des B : 0

TOTAL DOSSIER : 1000 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille dirhams

LABORATOIRE G Lab
Docteur Mounir Filali
93, Boulevard Anoual
Tél: 93061091 - Fax: 36336941

G³Lab

93, Bd Anoual – 20370 Casablanca

Tél:+212(0) 522 86 09 10 – Fax:+212(0) 522 86 08 95

Ceci est un mail, seul le résultat papier fait foi.

Edition le Jeudi 10 Septembre 2020 à 14:49

ROYAL AIR MAROC

Mr Mohammed KARIM
SALMIA 2 RUE 32 IMM 26 NO 2
20000 CASABLANCA

Résultats de Mr Mohammed KARIM

Né(e) le 01-01-1966

Dossier : 2009092252

Prélevé le : 09-09-2020 à 11:47 par Malika BENKAIBAL.

Dossier enregistré le: 09-09-2020 à 12:47

Compte-rendu complet

Ceci est un courriel, seul le compte-rendu papier est officiel

Intervalles de référence

Antériorités

INFORMATION PATIENT

Vos résultats d'analyses sont disponibles sur le site <http://www.glab.ma> à la rubrique "Serveur des Résultats".

Identité du patient :

Identité du patient contrôlée sur papiers officiels

IMMUNOLOGIE-SEROLOGIE

Anticorps anti-COVID-19 (Anticorps anti-COVID-19 IGG+IGM)

Anticorps anti-COVID-19 IGG

Recherche négative

Anticorps anti-COVID-19 IGM

Recherche négative

En cas de signes cliniques évoquant une infection à Sars-CoV2 (Covid-19) ayant débuté il y a moins de 15 jours, une recherche directe du virus par PCR sur un prélèvement respiratoire est recommandée dans les plus brefs délais. Le résultat est interprété en fonction des données scientifiques actuellement disponibles. Ce test ne permet pas de statuer sur la contagiosité mais permet uniquement de déterminer la production d'anticorps en réponse à une infection par le virus SARS-CoV2 (Covid-19).

Dossier covid-19 électroniquement par : Docteur Mohsen EL ALI



Page 1 / 2