

## 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 signée 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W19-528569

48988

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 049271432 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : OUAZI BIJAPHE

Date de naissance : 19 11 1989

Adresse : 19 Rue Al Bousaress Hay Cressy

Tél. : 0661144243 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01-11-20

Nom et prénom du malade : OUAZI BIJAPHE Age : 87

Lien de parenté :

Lui-même

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.

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 1/11/2020

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
01-11-20	cn		1590 Ft	INP : [ ]

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 B.I.O.L.D.C. Bureau International des Laboratoires de Radiologie 16, Bd. Haute-Sainte-Hélène - Casablanca - Maroc Tél. : 04/14/04 Fax: 04/22/22	04/11/20 B: 60 F	600 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **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"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$\begin{array}{r} 25533412 & 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 35533411 & 11433553 \end{array}$			
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

**Docteur Souâd GUESSOUS**  
**MÉDECINE GÉNÉRALE**  
**Diplômé de l'université de Montpellier**  
**en Echographie Générale**  
**D.U DE Gynécologie Médicale**  
**de l'université de Strasbourg**  
**Expert Assermenté auprès des Tribunaux**  
119, Bd. Afghanistan - Hay Hassani  
Casablanca  
Tél : 05 22 90 34 75

**الدكتورة سعاد كشوس**  
**الطب العام**  
**خريجة جامعة مونبولي في الفحص**  
**بالأمواج فوق الصوتية**  
**حاصلة على شهادة أمراض النساء**  
**بستراسبورغ**  
**خبير ملحة لدى المحاكم**  
119، شارع أفغانستان - الحي الحسني  
الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 90 34 75

Casablanca, le .....

04 NOV 2020

ouartis  
mustapha

Test PCR



Dr. GUESSOUS Souad  
MÉDECINE GÉNÉRALE  
GYNÉCOLOGIE MÉDICALE  
ECHOGRAPHIE  
119, Bd. Afghanistan - Hay Hassani  
Tél : 05 22 90 34 75



Laboratoire

**BIOLOG**

d'Analyses Médicales et Biologie de la reproduction

Biochimie clinique  
Bactériologie médicale  
Hématologie clinique  
Immunologie  
Auto-immunité

Hormonologie - Oncologie  
Parasitologie - Mycologie  
Virologie médicale  
Biologie de la reproduction  
Biologie moléculaire

CODE INPE:



\* 0 9 7 1 6 3 1 8 2 \*

Date du prélèvement : Mercredi 04 Novembre 2020  
à 12:39

Code patient : 201104-0161  
Né(e) le : 01/01/1939 (81 ans)

Mr Mustapha OUARIFI

Dossier N° : 201104-0161

Prescripteur : Dr Souad GUESSOUSS



## AMPLIFICATION GENETIQUE ET HYBRIDATION MOLECULAIRE

Détection du génome d'un agent infectieux ou parasite

### Recherche du génome du SARS-CoV-2 (COVID-19) par RT-PCR

Nature du prélèvement

Naso-pharyngé

**Résultat :**

(Génomes testés &lt;Spike&gt;, &lt;Nucléocapside&gt;)

Positif : Génome du SARS COV-2 détecté

Valeur Ct. (Cycle threshold) :

13,65 cycle

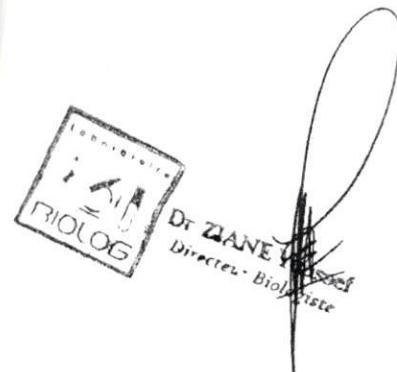
(&gt;38,00)

**Commentaire:**

Au vu de la prévalence actuelle de circulation du virus et les données publiées à ce jour concernant la sensibilité des tests, un résultat négatif doit être interprété avec prudence.

En présence de symptômes, le maintien des mesures de protection reste recommandé.

Validé par : Dr Youssef ZIANE





# LABORATOIRE BIOLOG

## D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION

14-16, RDC Bd HH24, Lot. Saâd El Khair - Hay Hassani Casablanca  
Tél: 05 22 90 05 04 / 14 04 - Fax: 05 22 90 12 22 - email : [lab.biolog@gmail.com](mailto:lab.biolog@gmail.com)  
CNSS: 8871479 IF: 40497439 PATENTE: 37989126  
ICE : 000064466000083

Dr Youssef ZIANE

Directeur Biologiste Médical

Diplômé de la Faculté de Médecine et Pharmacie de Rabat

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier – France

Code INPE: 097163182



Organisme : COV

Casablanca, le : 04/ 1/2020

**FACTURE N° : 200008189**

**Nom et Prénom : Mr Mustapha OUARTI**

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang adulte Recherche Sars-CoV-2 par PCR	B17 B650	B B

**Total des B : 667**

Montant total de la facture : 600.00Dhs

**Arrêtée la présente facture à la somme de : six cents dirhams s.**

*NB : Tout changement de la date de la facture est non permis (veuillez respectez les délais de dépôt de vos dossiers médicaux auprès de votre assurance)*

