

## 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| O Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| O Adhésion et changement de statut | adhésion@mupras.com |

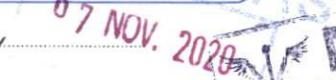
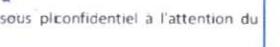
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-565326

ND: 49174

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	8899	Société :	RAY HANDLING
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	CHELKHA ABDELILAH
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661 319 352 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Age _____ 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.	

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### 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 - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ABORXLUKE GL Docteur FILALI Mounir 93, Boulevard Anouar INPE 93061091 TD 7672041	26/08/2022	150	100,00 DA

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

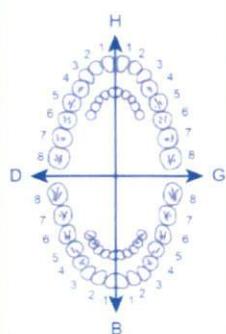
FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



### ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
00000000	00000000	
D	00000000	00000000
35533411	11433553	
B		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession

Diagram of a dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches, identical to the one above.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الملكية المغربية  
royal air maroc

Médecine du Travail

Casablanca, le ..... 25/08/2020

Chelkha Abdellah

Test PCR Covid 19

LABORATOIRE C.I.  
Société du Maroc  
Boulevard Moulay  
Yahia  
36335 Casablanca

Docteur Dorsaf BANNOUR



**FACTURE N° : 2008262274**

Casablanca le 26-08-2020

**Mr Abdelilah CHELKHA**

Demande N° 2008262274

Date de l'examen : 26-08-2020

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
	Diagnostic moléculaire – PCR	E700	E

Total des B : 0

TOTAL DOSSIER : 700 DH

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



Edition le Lundi 31 Août 2020 à 17:20

Résultats de Mr Abdelilah CHELKHA  
Né(e) le 01-01-1969  
Dossier : 2008262274

Mr Abdelilah CHELKHA  
RES EL YOSR A RUE BABYLONE APPT 7 QU DES  
20000 CASABLANCA

Prélevé le : 26-08-2020 à 15:58 par Mounir FILALI  
Dossier enregistré le: 26-08-2020 à 15:58  
Compte-rendu complet

Intervalle de référence Antérieures

**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*****BIOLOGIE MOLECULAIRE****DIAGNOSTIC SARS-CoV-2 (COVID-19) par PCR EN TEMPS REEL (RT-PCR)****Nature du prélèvement****Prélèvement naso-pharyngé****Résultat :**

Résultat NEGATIF: ARN viral SARS-CoV-2 (COVID-19) non détecté

La sensibilité des tests de RT-PCR utilisés pour le SARS-CoV-2 varie selon le type de prélèvement et la période à laquelle celui-ci est effectué au cours de la maladie. Un résultat négatif doit être interprété avec prudence et en présence de symptômes évocateurs, une infection à Covid-19 ne peut être totalement exclue.

**Prélèvement à Domicile**

Chère patiente et cher patient,

En tenant compte des contraintes sanitaires en rapport avec la pandémie de COVID-19, le laboratoire G Lab a mis en place tous les dispositifs nécessaires, conformément aux réglementations d'hygiènes en vigueur, pour votre protection lors de votre présence dans le laboratoire.

Vous avez également la possibilité de faire réaliser vos prélèvements à domicile.

Nous mettons à votre disposition sur rendez-vous une équipe dédiée.

**Contact :**

Tél. + 212 522 86 09 10

E-mail : [contact@glab.ma](mailto:contact@glab.ma)

INPE: 93061091 - TP: 36336941  
93, Boulevard Anoual  
Docteur FILALI Mounir  
ABORATOIRE GLAB  
Dossier validé biologiquement par : Docteur Mounir FILALI