

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Déclaration et Attestion Longue Durée ALD et ALD :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 049816

ND 49 140

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 58.112 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Mouarid Bouchaib

Date de naissance : 1953

Adresse :

Tél. 0663517268 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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.

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.

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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

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
<i>CHORUS de relecture</i>	24/11/20	PCR+S	600.00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553	G	Coefficient DES TRAVAUX
	H	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	G	MONTANTS DES SOINS
D	B			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialités

Cytogénétique
Biologie moléculaire
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire
Biologie médicale
Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 20L0020469

Date de naissance : 08/10/1953

Sexe : M

Date de l'examen : 24/11/2020

Prélevé le : 24/11/2020 à 09:47

Édité le : 24/11/2020 à 17:12

Mr MOUARID BOUCHAIB

Dossier N° : C201123639



DÉPISTAGE ET SUIVI DU 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 négatif

SÉROLOGIE

(Chimiluminescence)

Anticorps totaux : POSITIF
Titre : 17.98 COI
CONCLUSION : Présence d'anticorps totaux anti-SARS CoV-2, en faveur d'un contact avec le virus.

En raison du délai d'apparition des anticorps à la suite d'un contact avec le virus, un test négatif n'exclut pas une contamination.

Seule la recherche du virus par RT-PCR permet de confirmer la présence du virus chez un individu.

Le 24/11/2020 à 17:12

Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma
Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.



Horaire
Lundi-Vendredi(07h30 à 20h00)
Samedi (07h30 à 15h00)
Téléphone : +212 529 05 02 31
Email : lnr@fckm.ma

Externe

Dossier : C201123639

Dossier : **C201123639**
de : **MOUARID BOUCHAIB**
IPP : **20L0020469** Date de naissance : **08/10/1953**
Analyses : COVID-19 - PCR - COVID-19 - Sérologie

Reçu de caisse

Numéro	Intitulé	Date encaissement
C201123639	MOUARID BOUCHAIB	24/11/2020 09:53

Mode paiement	Numéro de quittance	Montant Dhs
Espèce	83340	600.0
Total payé		600.0

Reçu établi par : LECHEHAB YASSINE

Pour information, les résultats des analyses sont à récupérer après 48h du prélèvement au niveau du chapiteau de 9h00 à 16h00
merci de vous munir de votre pièce d'identité et du présent reçu de caisse

Spécialités

Cytogénétique
Biologie moléculaire
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire
Biologie médicale
Anatomopathologique

FACTURE N° : 93376 / 20

Dossier réalisé le : 24/11/20 09:49

A l'attention de : Mr MOUARID BOUCHAIB

Identifiant du patient : 20L0020469

Analyses :

COVID-19 - PCR	B 500	500,00 DHS
COVID-19 - Sérologie	B 100	100,00 DHS

Total dossier : 600,00 DH

Arrêté la présente facture à la somme de :

SIX CENTS DIRHAMS

laboratoire national
de référence

Spécialités

Cytogénétique
Biologie moléculaire
Dépistage néonatal-prénatal

Biochimie cellulaire
Biologie médicale
Anatomie pathologique

FACTURE N° : 93376 / 20

Dossier réalisé le : 24/11/20 09:49

A l'attention de : Mr MOUARID BOUCHAIB
Identifiant du patient : 20L0020469

Analyses :

COVID-19 - PCR	B 500	500,00 DH IS
COVID-19 - Sérologie	B 100	100,00 DH IS

Total dossier : 600,00 DH

Arrêté la présente facture à la somme de :
SIX CENTS DIRHAMS

laboratoire national
de référence