

## 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

- 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 Casablanca 20000 - Tel. 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

ND: 49890  
N° W19-470878

|  |                                       |  |                                 |
|--|---------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie   | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique                   | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)   |                                       |  |                                 |
| Matricule : 10 C154  |                                       | Société : 01 DEC. 2020                             |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif  | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :                   | Nofry Abdellah                  |
| Nom & Prénom : Nofry Abdellah  |                                       | Date de naissance :                                |                                 |
| Adresse :  |                                       | Tél. : 0664723265 Total des frais engagés 1000 Dhs |                                 |
| Cadre réservé au Médecin   |                                       |  |                                 |
| Cachet du médecin :  |                                       |  |                                 |
| Date de consultation : 30/09/2020  |                                       |  |                                 |
| Nom et prénom du malade : Nofry Abdellah   |                                       |  |                                 |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant  |                                       |  |                                 |
| Nature de la maladie : fièvre. (Dépistage covid)   |                                       |  |                                 |
| 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 : 01/10/2020  |                                       |  |                                 |

| 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                                 |
| 30/09/2023                     | CS                |                       | 1                               | INP : 00000000000000000000000000000000   |
|                                |                   |                       |                                 | Hôpital Sainte-Justine<br>Prof. Rédovia<br>Protocole de transport de l'enfant<br>010-123456789 |

| 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                         |
| 30/09/90<br>Laboratoire National<br>de Reference<br> | 30/09/90 | PCR                          | 500,00<br>Laboratoire National<br>de Reference |

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   | 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                                   |                   |                     |             |   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. |                   |                     |             |   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br>                         | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>  |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |                   |                     |             | CŒFFICIENT DES TRAVAUX  |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |                   |                     |             | MONTANTS DES SOINS  |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |                   |                     |             | DEBUT D'EXÉCUTION   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |                   |                     |             | FIN D'EXÉCUTION   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |                   |                     |             | <b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b><br>  |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |                   |                     |             | <b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><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 style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |          |          |  |  | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G |  |  |
|   |                   |                     |             | H   | 25533412 | 21433552 |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |                   |                     |             | D   | 00000000 | 00000000 |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |                   |                     |             | B   | 35533411 | 11433553 |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| G   |                   |                     |             |   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession                                       |                   |                     |             |   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| CŒFFICIENT DES TRAVAUX<br>MONTANTS DES SOINS<br>DATE DU DEVIS<br>DATE DE L'EXÉCUTION  |                   |                     |             |   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |

## وصفة طبية Ordonnance

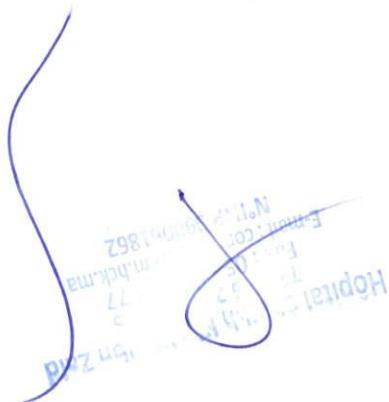
Casablanca, le :

٣٠١٠٩١٦٦

Dr Nafy ABDELKAFI R

PCP

Laboratoire national  
de référence



Spécialités

Cytogénétique  
Biologie moléculaire  
Dépistage néonatal-prénatalBiologie cellulaire  
Biologie médicale  
Anatomie pathologique**FACTURE N° : 53366 / 20****Dossier réalisé le : 30/09/20 11:16**

A l'attention de : **Mr NORY ABDELKEBIR**  
Identifiant du patient : **20J0037037**

**Analyses :**

COVID-19 - PCR B 500 500,00 DHS

**Total dossier : 500,00 DH**

**Arrêté la présente facture à la somme de :**  
**CINQ CENTS DIRHAMS**

  
Laboratoire national  
de référence

Dossier : **C200937595**  
de : **NORY ABDELKEBIR**  
IPP : **20J0037037** Date de naissance : **30/04/1963**  
Analyses : COVID-19 - PCR

## Reçu de caisse

| Numéro     | Intitulé        | Date encaissement |
|------------|-----------------|-------------------|
| C200937595 | NORY ABDELKEBIR | 30/09/2020 11:21  |

| Mode paiement     | Numéro de quittance | Montant Dhs  |
|-------------------|---------------------|--------------|
| Espèce            | 44666               | 500.0        |
| <b>Total payé</b> |                     | <b>500.0</b> |

Reçu établi par : DA EDARRAI Soufiane

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  
Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 20J0037037

Date de naissance : 30/04/1963

Sexe : M

Date de l'examen : 30/09/2020

Prélevé le : 30/09/2020 à 11:08

Édité le : 01/10/2020 à 10:33

**Mr NORY ABDELKEBI**

Dossier N° : C200937595

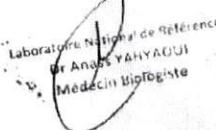
**DÉPISTAGE ET SUIVI DU COVID-19****BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

(Recherche qualitative de l'ARN du SARS-CoV-2, PCR en temps réel)

Nature du prélèvement : Ecouvillon oropharyngé  
CONCLUSION : ARN viral du SARS-CoV-2 négatif

Le 01/10/2020 à 10:33  
Signature

Pr. YAHYAOUI Anass

**Laboratoire National de Référence**

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 05 33, 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 qualitatifs, anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.