

## 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 praticien.

### 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-585306

49979



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02094

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom :

ABDEL GHANI YOUSSEF

Date de naissance :

2 - 9 - 55

Adresse :

LOTIS AL IAMOUNE II Rue 35 n° 13  
CASABLANCA

Tél. : 06 19 7889 16

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

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) :

15/11/2010



## 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 |
|                                |                   |                       |                                 | INP : <input type="text"/>                                     |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES                 |      |                       |
|---|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|   |      |                       |
|   |      |                       |
|   |      |                       |
|   |      |                       |
|   |      |                       |

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

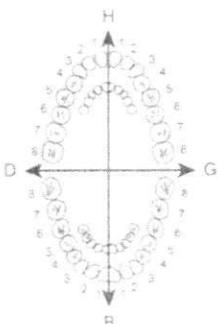
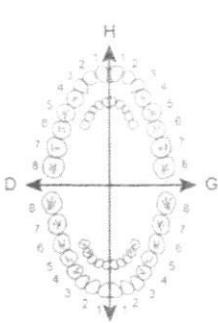
| ANALYSES - RADIGRAPHIES                             |      |                              |                                      |
|---|------|------------------------------|--------------------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires               |
| 16/11/190   |      | DCR                          | 5000 francs nationaux<br>INPE 200061 |
|   |      |                              |                                      |
|   |      |                              |                                      |
|   |      |                              |                                      |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX                  |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |  |

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

### Important

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins   | Coefficient                               | INP : <input type="text"/>                   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|--|--|--|---|--|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|--|
|   |  |  |   | COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|  |  | <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;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> |   | H  | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  |  | H  | 25533412                                  | 21433552                                     |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|  |  | D  | 00000000                                  | 00000000                                     |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|  |  | B  | 00000000                                  | 00000000                                     |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|  |  | G  | 35533411                                  | 11433553                                     |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| <p style="text-align: center;">(Creation, remont, adjonction)<br/>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |  | 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  |  |  |   |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |

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

## FACTURE N° : 88155 / 20

Dossier réalisé le : 16/11/20 14:47

A l'attention de : **Mr ABDELGHANI YOUSSEF**

Identifiant du patient : **20L0015437**

### 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 : **C201117422**  
de : **ABDELGHANI YOUSSEF**  
IPP : **20L0015437** Date de naissance : **02/09/1955**  
Analyses : COVID-19 - PCR

## Reçu de caisse

| Numéro     | Intitulé           | Date encaissement |
|------------|--------------------|-------------------|
| C201117422 | ABDELGHANI YOUSSEF | 16/11/2020 14:51  |

| Mode paiement     | Numéro de quittance | Montant Dhs |
|-------------------|---------------------|-------------|
| Espèce            | 78235               | 500.0       |
| <b>Total payé</b> |                     | 500.0       |

Reçu établi par : AL AHYANE Youness

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 : 20L0015437

Date de naissance : 02/09/1955

Sexe : M

Date de l'examen : 16/11/2020

Prélevé le : 16/11/2020 à 14:44

Édité le : 17/11/2020 à 16:55

Mr ABDELGHANI OUSSEF

Dossier N° : C20111 22



## 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 positif.

LABORATOIRE NATIONAL  
DE REFERENCE

Le 17/11/2020 à 16:55

Signature

Dr. RAZIK Nadia

### Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 39 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.