

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 radiographie est obligatoire en cas de...

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0043486/1022

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1022 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MME AZWAN Halima ep ABAD

Date de naissance :

Adresse : Résidence EL Naoune IMH 44 AP 6

Hay ESPALAN

Tél. : 06 69 28 36 28 Total des frais engagés : 300 + 115,50 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 que la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-043486

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1022

Nom de l'adhérent(e) : Halima

Total des frais engagés : 300 + 115,50

Date de dépôt :

RELEVÉ 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
21/11/2020		2	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/11/2020	415,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 d

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور رشيد انشاؤه

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

خريج كلية الطب بتولوز

الضيقة - السل - الحساسية

A diagram of the human respiratory system. It shows the trachea (windpipe) at the top, branching into the left and right bronchi, which lead into the left and right lungs. The lungs are depicted with a network of smaller bronchioles and capillaries. The entire system is shown in a light blue color.

respiratoires - Endoscopie - Spirométrie

Casablanca, Le :

DDV : 79DH70

PER : 09/23

LOT : J2417

Dr. Rachid INCHAOUH
Spécialiste des Maladies
Respiratoires
13, Rue Ain Taoujate - Casablanca
Tél.: 0522 46 08 54 - 0522 20 47 40

13 زنفة عين توجطات - إقامة إلياس - الطابق الأول (قرب مصحة "الديار البيضاء")
13, Rue Antaoulia Résidence Iliass 1^{er} Etage (en Face Clinique BADR) - Casablanca
الهاتف : 05 22 48 08 94 / 05 22 20 47 40

Dr, Rachid INCHAOUH

Spécialiste des maladies Respiratoires

Diplômé de la Faculté de médecine
de Toulouse

Asthme - Tuberculose - Allergies
respiratoires - Endoscopie - Spirométrie



الدكتور رشيد انشاؤه

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

خريج كلية الطب بتولوز

الضيق - السل - الحساسية

Rachid Inchaouh

Casablanca, Le : 02-11-2019

Le PCR

Dr. Rachid INCHAOUH
Spécialiste des Maladies
Respiratoires
13, Rue Ain taoujtat - Casablanca
Tél.: 0522 48 08 94 - 0522 20 47 40

13 زنقة عين توجطات - إقامة إلياس - الطابق الأول (قرب مصحة بدر) الدار البيضاء

13, Rue Ain taoujtat-Résidence Iliass 1^{er} Etage (en Face Clinique BADR) - Casablanca

الهاتف : 05 22 48 08 94 / 05 22 20 47 40

Identifiant du patient : 2011001133
Date de naissance : 25-04-1948
Sexe : F
Date de l'examen : 02/11/2020
Prélevé le : 02/11/2020 à 13:20
Exécuté le : 02/11/2020 à 22:54

ADNAN HALIM
Dossier N° : C2011333
011 0000000000000000

DÉPISTAGE ET SUIVI DU COVID-19

BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

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

Nature du prélèvement

- 1. Écouvillon oropharyngé
- 2. ARN viral du SARS-CoV-2 positif.

CONCLUSION

Le 02/11/2020 à 22:54

Signature

Dr. RAZIK Nadia



Laboratoire National de Référence

Boulevard Mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Télécopie : +212 529 050233. Courriel : lnlr@lnlr.ma
Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques anonymes et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre service.

ne: +212 529 050233. Courriel : lnlr@lnlr.ma
s ou de contrôles qualité, hors génétique humaine et médecine légale.

Boulevard Mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Télécopie : +212 529 050233. Courriel : lnlr@lnlr.ma
Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques anonymes et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre service.

ne: +212 529 050233. Courriel : lnlr@lnlr.ma
s ou de contrôles qualité, hors génétique humaine et médecine légale.



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

Externe
Dossier : C20111333

Dossier : **C20111333**
de : **ADNAN HALIMA**
IPP : **20L0001158** Date de naissance : **25/04/1948**
Analyses : COVID-19 - PCR

Reçu de caisse

Numéro	Intitulé	Date encaissement
C20111333	ADNAN HALIMA	02/11/2020 13:26

Mode paiement	Numéro de quittance	Montant Dhs
Espèce	66802	500.0
Total payé		500.0

Reçu établi par : YAACOUBI Lamiaa

Pour information, les résultats des analyser 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

FACTURE N° : 76394 / 20

Dossier réalisé le : 02/11/20 13:22

A l'attention de : **ADNAN HALIMA**

Identifiant du patient : **20L0001158**

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