

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-534413

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6421 Société : R.A.M.

☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 85

Nom & Prénom : LATTAIE TOUHAF

Date de naissance : 18/09/1963

Adresse : habitude

Tél. : 0666 10840 Total des frais engagés : 1110,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. A. Driss 246, B. Doukkali Casablanca 833195

Date de consultation : 12/11/2020

Nom et prénom du malade : M. LATTAIE

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Toux

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 Le : 03/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

# 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	----------------------------------------------------------------

12/11/2020	C	150 M	INP : 3365ms7	Dr. AMRANI Driss 246, Bd. Aba Chouaïd Doukkali Casablanca - Tel.: 05 22 83 31 95
------------	---	-------	---------------	----------------------------------------------------------------------------------------

## 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

12/11/2020	B-766,27	100,000 DH
------------	----------	------------

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature  
du Particien

Date des  
Soins

Nombre

AM

PC

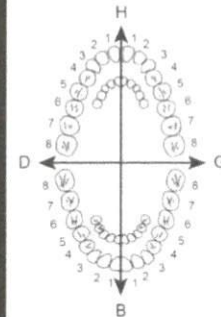
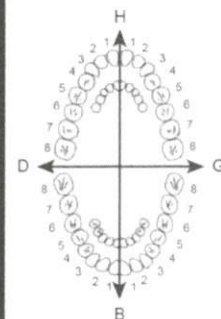
IM

IV

Montant détaillé  
des Honoraires

VOLET ADHERENT

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


O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Driss Amrani

diplôme en ultra-sonographie de

l'université René Descarte Paris

246 bd Abachouaib Doukkali

hay ain echifa

casablanca

tel 0522833195



الدكتور الدريس عمرواني

دبلوم الفحص بالأمواج فوق الصوتية

من جامعة روني دكارت باريس

246 شارع ابا شعيب الدكالي حي عين الشفاء

الدار البيضاء

الهاتف 0522833195

Don: MCD

12/11/2020  
Dr. AMRANI Driss  
246, Bd. Aba Chouaib Doukkali  
Casablanca - Tél: 05 22 83 31 95

For

PCR Teste Covid 19

Dr. AMRANI Driss

246, Bd. Aba Chouaib Doukkali

Casablanca - Tél: 05 22 83 31 95

# LaboPlus Laboratoire de biologie médicale

121 rue Abdellah Rajii (Face à la commune du Maârif) – CASABLANCA – 0522 99 45 00 – 0522 99 46 15 –  
contact@laboplus.ma

*Reçu*

**Mr Mohammed**

**LAMAIZI**

Né(e) le : 18-09-1963

Code Patient : **B201103589**

Saisie par : ZIM/ 12-11-2020 09:14

Analyses : PCRCOVID19, SEROCOVID

RETRAIT LE : .....

N° Dossier : **B201103589**



Correspondant :

Montant total : 1000.00 DH

soit : 1000.00 DH

Payé : ..... DH

Reste : ..... DH

Prescripteur :



Laboratoire de biologie médicale  
مختبر التحليلات الطبية

Dr Zizi

دكتور الزيزي

Médecin Biologiste

طبيب

Ancien interne des hôpitaux de Paris

إختصاصي في  
التحليلات الطبية

Casablanca le 12-11-2020

Mr LAMAIZI Mohammed

FACTURE N° B201103589

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	PCR COVID-19	B522.39	B
	Sérologie Covid-19	B223.88	B

Total des B : 746.27

TOTAL DOSSIER : 1000.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
mille dirhams

