

# 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.

## **armacie :**

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 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1934**

Société : **RETRAITE RAM**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **JARI Abdelaajiz**

Date de naissance :

Adresse : **15. Ruelle 11 BEN MECHAID**

Tél. : **06679910887**

Total des frais engagés : **1026,65** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **15/11/20**

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

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.

Fait à : **14/11/20**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Le : **14/11/20**

## **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
	15/11/15	8 G77	1026,65 H

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

#### **Important :**

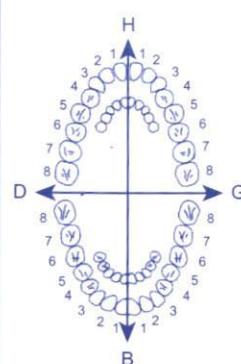
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan étiologique.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession



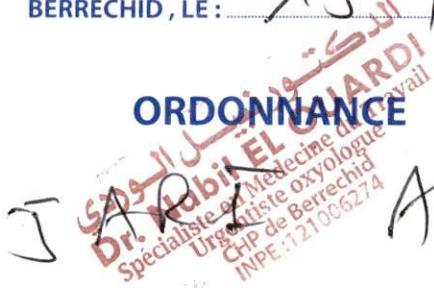
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTE  
DIRECTION RÉGIONALE D'E LA SANTE  
A LA REGION CASABLANCA SETTAT  
DELEGATION PROVINCIALE DE BERRECHID  
CENTRE HOSPITALIER PROVINCIAL DE BERRECHID

BERRECHID , LE : 15 / 11 / 2022

ORDONNANCE



Abdelaziz



Dysmenia

Tet der

envid

Serolop



19  
7 10h

# Laboratoire Casalab Palmier SCP

Docteur M.Bezzari - Médecin Biogiste UCL Belqique  
Docteur K .Ouazzani - Pharmacien Biogiste



مختبر  
التحليلات الطبية

FACTURE N° 2011153124  
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 09-12-2020

INPE : 093002574

**Mr Abdelaziz JARI**

Demande N° 2011153124  
Date d'examen : 15/11/2020

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSA-A	Prise de sang Adulte	E25	E
PNAS	Prélèvement Nasopharyngé	E20	E
	Recherche de coronvairus covid-19 par PCR	B469	B
	SEROLOGIE COVID IgG	B104	B
	SEROLOGIE COVID IgM	B104	B

Total des B : 677

Arrêtée la présente facture à la somme de : ..... \* **1026.65 DH** \*  
**mille vingt-six dirhams soixante-cinq centimes**



C

Dossier N° : <b>2011153124</b>	Patient N° : <b>2011153124</b>
Résultats de : <b>Mr Abdelaziz JARI</b>	
Né(e) le : <b>24/09/1951 – 69 ans</b>	
N° CIN : <b>T32481</b>	
zenata 20000 CASABLANCA	
<b>0.00</b>	

**Mme/Mr Le DR Prescripteur Médecin**  
CLINIQUE ou Cabinet Médical Doctor's office  
20000 CASABLANCA

Edition du : 09-12-2020 à 09:23  
Dossier enregistré le 15-11-2020 15:16 par ZW

< Compte-rendu complet validé techniquement par : HAJ >

Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

## SEROLOGIE INFECTIEUSE

### Sérologie du virus SARS-COV2 (COVID-19)

#### Anticorps (IgM):

(Fluorescence immunoassay (FIA): système FREND)

Index:

#### DOUTEUX

**4,12**

(<2,00)

Interprétation:

< 2 : Négatif.

Entre 2 à 5 : Débutante ou IgM résiduelle à refaire.

> 5: Positif.

Conclusion:

**Une deuxième détermination dans 2–3 semaines est nécessaire pour évaluer la cinétique des anticorps.**

#### Anticorps (IgG):

(Fluorescence immunoassay (FIA): système FREND)

Index:

#### NEGATIF

**0,78**

(<2,00)

Interprétation:

- <2 : Négatif

- entre 2 et 10: Douteux

- > 10: Positif

Conclusion:

Absence d'anticorps IgG.

A confronter au contexte clinique, à l'anamnèse et aux autres résultats biologiques.

Les tests sérologiques ne sont pas recommandés dans le cadre du diagnostic précoce d'infection par le SARS-cov-2(HAS,02 mai 2020).

Seule la recherche du virus par RT-PCR notamment sur prélèvement naso-pharyngé permet de confirmer la présence du virus chez un individu.

En raison du délai d'apparition des anticorps (en moyenne deux semaines après l'apparition des symptômes), un test négatif n'exclut pas un contact récent avec le virus.

**Les tests sérologiques ne permettent pas de statuer sur une potentielle immunité ni a fortiori sur sa durée (HAS, 02 mai 2020). L'application des gestes barrières sont nécessaires quel que soit le statut sérologique du patient.**

## BIOLOGIE MOLECULAIRE

### Recherche du coronavirus SARS COV –2 ( Covid-19) par RT-PCR :

Nature de prélèvement:	Nasopharyngé
CNIE:	T32481
Résultats:	Absence de l'ARN SARS-Cov2

**NB : Un résultat négatif n'exclut pas la maladie, à confronter aux données cliniques et radiologiques.**

Validation biologique par : Le Dr M. BEZZARI Dr K. OUAZZANI

Le Dr M. JENNAN