

## 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 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° W19-443471

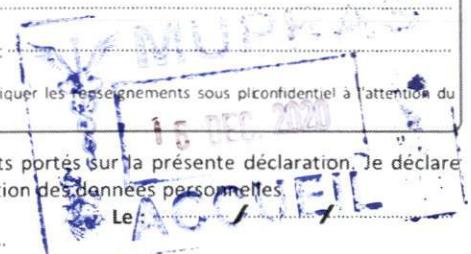
(51779)

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9442	Société : R. A. M.		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SADOK AHMED			
Date de naissance : 27/07/1963			
Adresse : Résidence ENNAKHIL IM 1 N° 29 Sidi MAAROUF CASABLANCA			
Tél. : 05 22 20 45 45	Total des malengages : 100000 Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 02/12/2020			
Nom et prénom du malade : SADOK SALIMA Age: 50 Ans			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : Le

Signature de l'adhérent(e) :



## **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
21/12/2026	Cx		150,-00	INP : 910538810 07 00 39 37 - 06 22 99 37 85 Sidi Mabrouk - Casab N. 419 LOT A1 ADRIEN Médecin

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p align="center"><b>PHARMACIE AL ADARISSA</b> <b>FAMILIALE</b> Douceur N° 119 Lot Al Adarissa Sidi Maârouf Casablanca 0522 33 52 25</p>	02/12/2020	387.30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
02 LABORATOIRE NATIONAL DE REFERENCE	02/12/2016	Pc R+S	600.00 DH

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

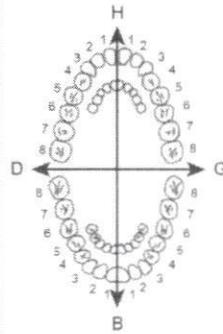
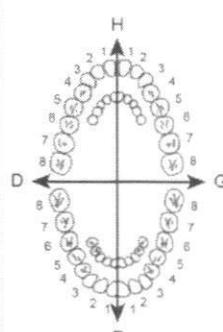
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>															
	<table 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><b>[Création, remont, adjonction]</b> 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"/>												

Docteur EL JABIRI MINA  
MÉDECINE GÉNÉRALE

CERTIFICAT UNIVERSITAIRE  
D'ÉCHOGRAPHIE GÉNÉRALE

الدكتورة الجابري مينة  
الطب العام  
دبلوم الفحص بالصدى

Casablanca, le : 02/12/2020 : الدار البيضاء في :

### ORDONNANCE

Mme SABOK SALIMA



60,00

0.1

LOT 191738  
EXP 07/2022  
PPV 99.00 DH

99.00

AZ 500 mg.

S.V

1cp/j

S.V

63,30

Reds 20 mg

1gel/j

S.V

3 - bellong gel

1gel x3/j

S.V

60,00

Vit C 1000

S.V

105,00

1cp/j

S.P

3 PHARMACIE JADIDATMIA  
DOCTEUR EN CHIRURGIE  
Lot Al Adarissa Sidi Maârouf  
Casablanca

S.V

تجزئة الأدارسة رقم 111 - سيدى معروف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 97 37 25 - المحمول : 06 70 80 39 37  
N°119, Lot. Al Adarissa - Sidi Maârouf - CASABLANCA - Tél : 05 22 97 37 25 - GSM : 06 70 80 39 37

**Docteur EL JABIRI MINA**  
**MÉDECINE GÉNÉRALE**

CERTIFICAT UNIVERSITAIRE  
D'ÉCHOGRAPHIE GÉNÉRALE

**الدكتورة الجابري مينة**

**الطب العام**

**دبلوم الفحص بالصدى**

Casablanca, le : 02/12/2020 : الدار البيضاء في :

**ORDONNANCE**

Mme SADOK SALIMA

D - RT - PCR. Sensov d.

**LABORATOIRE NATIONAL  
DE RÉFÉRENCE**

Tél : 06 70 80 39 37 - 06 22 97 37 25  
Sidi Maârouf - CASA  
N. 119 Lot. Al Adarissa  
Médecin Généraliste  
Docteur EL JABIRI MINA

تجزئة الأدarsse رقم 119 - سيدى معروف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 97 37 25 / المحمول : 06 70 80 39 37  
N°119, Lot. Al Adarissa - Sidi Maârouf - CASABLANCA - Tél : 05 22 97 37 25 - GSM : 06 70 80 39 37

*Spécialités*

Cytogénétique  
Biologie moléculaire  
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire  
Biologie médicale  
Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 20M0001167

Date de naissance : 14/04/1970

Sexe : F

Date de l'examen : 02/12/2020

Prélevé le : 02/12/2020 à 13:22

Édité le : 03/12/2020 à 09:54

Mme BELKHAYAT SALIMA

Dossier N° : C20121429



## 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 négatif

### SÉROLOGIE

(Chimiluminescence)

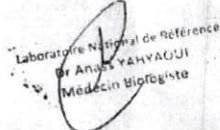
Anticorps totaux	:	NEGATIF
Titre	:	0.087 COI
CONCLUSION	:	Absence d'anticorps anti-SARS CoV2.

En raison du délai d'apparition des anticorps à la suite d'un contact avec le virus, un test négatif n'exclut pas une contamination.  
Seule la recherche du virus par RT-PCR permet de confirmer la présence du virus chez un individu.

LABORATOIRE NATIONAL  
DE REFERENCE

Le 03/12/2020 à 09:54  
Signature

Pr. YAHYAOUI Anass



### Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 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.

Spécialités

Cytogénétique  
Biologie moléculaire  
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire  
Biologie médicale  
Anatomie pathologique

## FACTURE N° : 98815 / 20

Dossier réalisé le : 02/12/20 13:39

A l'attention de : **Mme BELKHAYAT SALIMA**

Identifiant du patient : **20M0001167**

### Analyses :

COVID-19 - PCR	B 500	500,00 DHS
COVID-19 - Sérologie	B 100	100,00 DHS

Total dossier : **600,00 DH**

Arrêté la présente facture à la somme de :

**SIX CENTS DIRHAMS**

LABORATOIRE NATIONAL  
DE REFERENCE

Dossier : **C20121429**  
de : **BELKHAYAT SALIMA**  
IPP : **20M0001167** Date de naissance : **14/04/1970**  
**Analyses** : COVID-19 - PCR - COVID-19 - Sérologie

## Reçu de caisse

Numéro	Intitulé	Date encaissement
C20121429	BELKHAYAT SALIMA	02/12/2020 13:43

Mode paiement	Numéro de quittance	Montant Dhs
Espèce	88663	600.0
<b>Total payé</b>		600.0

Reçu établi par : EL KANDOUNI NAJAT

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