

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-588475

ND: 53224

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10634 Société : RAA

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUZINE HICHAM

Date de naissance : 01/03/1971

Adresse : 25 Rue Abou Madi - GAUTHIER - CASA

Tél. : 0662 777689

Total des frais engagés : 326,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/10/2020

Nom et prénom du malade : OUZINE HICHAM

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

Nature de la maladie : Affection Respiratoire

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 : Casa Le 23/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-588475

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

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
28/10/2020				INP: 091213311

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
	28/10/20	B 208	32660

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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

Casablanca, le 28/ oct / 2020

Yf OUZZINE HICHAM

Sérologie Covid 19 (IgM, IgG)



Dr. Soufiane BENTALHA
Omnipraticien
Bd. Ibn Sina Ensemble Résidentiel
Al Banka GH 9 Im. C 104 Appt. 1
Rez de chaussée - Bd. Hassan I - cas



FACTURE N° 2010283299

LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 07-11-2020

INPE : 093002574

Mr Hicham OUZINE

Demande N° 2010283299

Date d'examen : 28/10/2020

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSA-A	Prise de sang Adulte	E25	E
	SEROLOGIE COVID IgG	B104	B
	SEROLOGIE COVID IgM	B104	B

Total des B : 208

Arrêtée la présente facture à la somme de : * **326.60 DH** *
trois cent vingt-six dirhams soixante centimes



C



Dossier N° : 2010283299

Patient N° : 2010283299

Résultats de : **Mr Hicham OUZINE**

Né(e) le : 01/03/1971 - 49 ans

N° CIN : BE547770

25 rue ilya abou madi

20000 CASABLANCA

0.00

Mme/Mr Le DR Prescripteur Médecin

CLINIQUE ou Cabinet Médical

20000 CASABLANCA

Edition du : 31-10-2020 à 12:48

Dossier enregistré le 28-10-2020 15:43 par NZ

Prélèvement du 28/10/2020 à (heure non communiquée) par FIC

< Compte-rendu complet validé techniquement par : TAI >

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)

NEGATIF

Index:

0,50

(<2,00)

Interprétation:

< 2 : Négatif.

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

> 5: Positif.

Conclusion:

Absence d'anticorps IgM

Anticorps (IgG):

(Fluorescence immunoassay (FIA): système FREND)

NEGATIF

Index:

0,01

(<2,00)

Interprétation:

- < 2 : Négatif

- entre 2 et 10: Douteux

- > 10: Positif

Conclusion:

Absence d'anticorps IgG.

Profil sérologique n'évoquant pas à ce jour un contact avec le virus.

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

Dossier n° 2010283299 - Mr Hicham OUZINE



1 / 2

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.

Validation biologique par : Le Dr M. JENANE Dr K. OUZZANI Le Dr M. BEZZARI

