

# 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.

## **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.

## **Optique :**

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.

## **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.

## **Déclaration 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](http://www.mupras.com)

ND. 53809

## **Déclaration de Maladie : N° P19-0004159**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 4676 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : JRAIF Najib Date de naissance : 12.08.1953

Adresse : Im. 17 N° 24 lité. HASSANI CASA

Tél. : 06.61.32.25.89 Total des frais engagés : 600 DH. Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

**Dr. Rachid EL HACHMI**

**CARDIOLOGUE**

**222, Bd. Brahim Roudani**

**Tél: 05.22.99.18.78 - CASABLANCA**

Date de consultation : 30/11/2019

Nom et prénom du malade : JRAIF NAJIB Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : cardiologie AS ML

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 : 05/11/2019

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)

Le : 30/11/2019

### **VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie N° P19-0004159

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).

**ACCUEIL**  
Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés : 600 DH.  
Date de dépôt :

## 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
30/11/2020	SLR	1	AG	Dr. Rachid EL HAJI CARDIOLOGUE 9, Bd. Brahim Roudad 9000 TUNIS - TUNISIA Tél: 2109 18 78 - 24/24

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 D'Analyses Médicales Dr. Mohammed TOUIM BENJELLOUN Bd Mohamed VI, 3ème Etage - Casablanca Tél: 05 22 81 59 36	30.11.20	B. Gaspi	600 DA

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### • VOLET ADHERENT

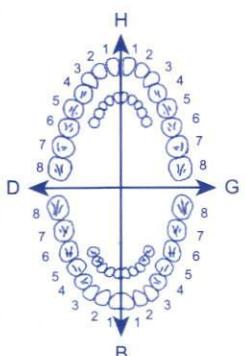
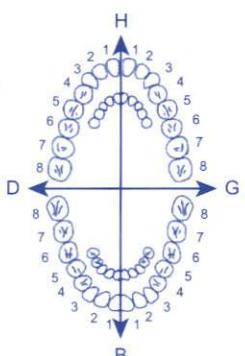
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 de

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			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(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

Docteur Rachid El HACHMI

الدكتور رشيد الهاشمي

**Cardiologue**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rennes - France  
Echodoppler Cardiaque couleur  
Holter E.C.G. et Tensionnel. Epreuve d'effort  
Membre de la société française de cardiologie  
Rythmologue-Pose de Pace Maker  
Ex. Cardiologue des Hôpitaux de France

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين  
خريج كلية الطب بربن - فرنسا  
فحص القلب بالصدى والدوبلير بالألوان  
عملية زرع ناظمة قلبية  
طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le

٣٢ - ١١ - ٢٢

DR RACHID HACHMI

test covid 19 - PCR

LABORATOIRE URB SUI  
D'Analyse Médicale  
Dr. Mohammed TOUISSI BENJELLO  
125 Bd. Mohammed V, 1<sup>er</sup> étage Casablanca  
Tél: 05 22 81 59 36

**Dr. Rachid EL HACHMI**

**CARDIOLOGUE**

222, Bd. Brahim Roudani  
Tél: 05.22.99.18.78 - CASABLANCA

**Sur Rendez-Vous**

06.61.16.00.08 / 06.67.21.22.68 - المستعجلات : 05.22.99.18.78 - شارع إبراهيم الروదاني - الطابق الأول - المغاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 222, Bd. Brahim Roudani 1<sup>er</sup> Etage N°2 - Maârif - Casablanca - Tél. : 05 22.99.18.78 - Gsm : 06 61.16.00.08 / 06 67.21.22.68  
E-mail : ra\_hachmi1@yahoo.fr



مختبر درب السلطان للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DERB SULTAN  
425, bd Mohamed VI, 3<sup>ème</sup> Derb Elkabir 20500  
الدكتور محمد التوييسي بن جلoun  
DOCTEUR MOHAMMED TOUIMI BEN JELLOUN  
FACTURE N° : 201102914  
PHARMACIE BIOLOGIQUE LAUREAT DE L'UNIVERSITE  
CLAUDE BERNARD CASABLANCA le 30-11-2020

Mr Najib JRAIF

Demande N° 20113020345  
Date de l'examen : 30-11-2020

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
	RT-PCR-COVID-19	B600	B

Total des B : 600

TOTAL DOSSIER : 600.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cents dirhams

ICE : 001539203000005 / INP : 097164644 / I.F : 44601910

C



مختبر درب السلطان للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DERB SULTAN  
الدكتور محمد التويمي بن جلون  
DOCTEUR MOHAMMED TOUIMI BEN JELLOUN  
PHARMACIEN BIOLOGISTE LAUREAT DE L'UNIVERSITE  
CLAUDE BERNARD DE LYON (FRANCE)

Enregistré le : 30-11-2020

Prélevé le :

Édité le : 01-12-2020

**Mr JRAIF Najib**

Né(e) le : 12-08-1953

Sexe : M

Réf : 20113020345

Prescripteur: Tél :

Correspondant : ATLAS PEINTURE Fax :

### BIOLOGIE MOLECULAIRE (RT-PCR-COVID-19)

Nature de prelevement	Nasopharyngé
Indication PCR	Dépistage
Code National	679 629 034
Provenance	DB HOURIA IMM 17 NR 24 H H CASA
Résultats	NEGATIF: Absence de l'ARN SARS-CoV 2
Cibles détectés	0
Ct R	0
Ct N	0
Ct E	0

Page 1 sur 1