

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 052607

56292

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10063 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUATAD Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.74.11.67.18 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/10/2020

Nom et prénom du malade : OUATAD Mohamed Age :

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

Nature de la maladie : affection

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) :

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
22-10-2020		2	200,00	

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
	23/10/2020	PCR + S	600,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

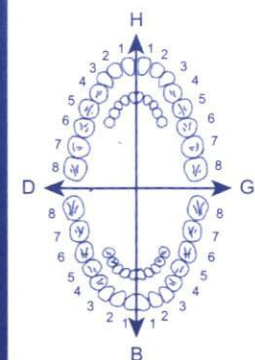
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
G	
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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



le 22-10-2020

OUAJA
NOHAME

Drine de foin LCR.

Merci

laboratoire national
de référence

Dr. F. BOUJDI
Oncopédia
Tél: 05 22 39 69 60
Fax: 05 22 39 69 60
Email: contact@cliniqueyasmine.com



090004029

Identifiant du patient : 20K0022150

Date de naissance : 01/01/1956

Sexe : M

Date de l'examen : 23/10/2020

Prélevé le : 23/10/2020 à 11:13

Edité le : 24/10/2020 à 17:43

Mr OUAJAD MOHAMED

Dossier N° : C201023243



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 oropharyngé
CONCLUSION : ARN viral du SARS-CoV-2 positif.

SÉROLOGIE

(Chimiluminescence)

Anticorps totaux : NEGATIF
Titre : 0.792 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.

de référence

Le 24/10/2020 à 17:43

Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila

Hôpital Cheikh Khalifa Ben Zaid
Prof Jalila EL BAKKOURI
Médecin biologiste

FACTURE N° : 69715 / 20

Dossier réalisé le : 23/10/20 11:16

A l'attention de : **Mr OUAJAD MOHAMED**

Identifiant du patient : **20K0022150**

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

Mr
Laboratoire National
de Référence

(Duplicata)

Casablanca Le: 22/10/2020

Facture N° 4697/20

Etablie par FATIHA ACCEUIL Page 1/1

Identification

N° Dossier : X0J224329

N° Identifiant : 20103020/20

Nom & Prénom : OUAJAD MOHAMED

C.I.N. :

Date Entrée : 22/10/2020

Date Sortie : 22/10/2020

Adresse :

Médecin : BOUJDI FOUAD

Traitement : Consultation

Prestations	Nombre	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
SEJOUR	1	100,00			100,00
Frais clinique					100,00
Total Rubrique :					100,00
PARTIE CLINIQUE :					100,00
TOTAL FACTURE					100,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Cent Dirhams

Cachet et signature

Clinique Yasmine
Bd. Sidi Abderrahmane
Tél. : 05 22 39 69 60
Fax : 05 22 39 71 19