

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## Biologie 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.

N° P19- 052607

56292

Optique  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10063

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

OUAJAD 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 : OUAJAD 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) :

MUPRAS

### 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
22.10.2020	100	2	100,00	22.10.2020 Yassine

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
WT de référence 090061862	23/10/2020	PCR + S	600,00 DH

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
COEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

**[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**

le 22-10-2020

OUAJAD  
Nouhamed

Prise de poste à l'CCR.

Merci



*Spécialités*

*Cytogénétique*  
*Biologie moléculaire*  
*Dépistage néonatal-prénatal*

*Biologie cellulaire*  
*Biologie médicale*  
*Anatomie pathologique*

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

Édité 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.

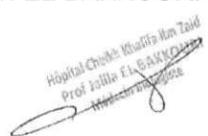
Seule la recherche du virus par RT-PCR permet de confirmer la présence du virus chez un individu.



Dr. El Bakkouri Jalila

Le 24/10/2020 à 17:43  
Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila



Hôpital Cheikh Khafffa Ibn Zaid  
Prof. Jalila EL BAKKOURI  
Médecine interne

## 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 OUAJAD  
600,00 DHS*

(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**

Date Entrée : 22/10/2020

Date Sortie : 22/10/2020

C.I.N. :

Adresse :

Traitements : Consultation

Médecin : BOUJDI FOUAD

Prestations	Nombre	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-------------	--------	---------	------	------	---------

SEJOUR

Frais clinique

1	100,00				100,00
---	--------	--	--	--	--------

Total Rubrique :					100,00
------------------	--	--	--	--	--------

PARTIE CLINIQUE :

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