

## 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.

### 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° P19- 067817

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01383

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LEGAËN CHAOUKI

Date de naissance : 16-04-1962

Adresse : 21 Bis Rue EL MANSOUR HAY. SNRARA

CASA 2

Tél. : 06 25 78 25 28

Total des frais engagés : 700,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ 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 : CASA

Le : 21 / 04 / 2021

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/01/21        |                   |                       |                                 | Dr. KOUBA LOU<br>Medecin des Urgences<br>Centre Commercial Nadia<br>Imm. 2, 3ème Etage N° 11<br>Gsm: 0664 20 87 14 |

# 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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|   | 02/01/21 | B700                         | 700 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/> 25533412<br/> 00000000<br/> <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552<br/> 00000000<br/> 00000000<br/> 35533411<br/> <b>G</b> </div> </div> <b>B</b><br><b>(Création, remont, adjonction)</b><br>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



Casablanca, le 22/Jan/21

ORDONNANCE

Mlle Aya Megder

Faire SVP

Test PCR du Sars-Cov 2

**LABORATOIRE AR-RAZI**  
Analyses Médicales et Scientifiques  
125, Avenue Mers Sultan, Casablanca  
Tél: 0522 26 56 28 Fax: 0522 27 24 99

**Dr. KOUBA LOUAI**  
Médecin des Urgences  
Centre Commercial Nadia  
Imm. 2, 3ème Etage N° 11  
Gsm: 0664 20 87 14

erci



Date du prélèvement : 02-01-2021 à 08:29  
Code patient : 2101020012  
Né(e) le : 13-12-2001 (19 ans)

Mlle. MEGDER Aya  
Dossier N° : 2101020012  
Prescripteur :



### BIOLOGIE MOLECULAIRE

#### Détection du génome du SARS CoV-2 par RT-PCR (COVID19)

(Kit GeneProof SARS-CoV-2 Screening PCR Kit)

Nature du prélèvement  
Type of sample

Naso-pharyngé  
nasopharyngeal

Résultat

Recherche Négative: Absence de détection d'ARN de  
SARS-CoV-2.

Result

Negative result: No detection of RNA from SARS-CoV-2

Un résultat du PCR négatif n élimine pas le diagnostic. A confronter au contexte clinique et radiologique.

Selon les recommandations de l OMS, si le résultat du test est POSITIF:

- Contacter son médecin traitant
- Rester isolé et respecter les gestes barrières
- Lister les personnes potentiellement contaminées: entourage familial, amical ou professionnel, en contact en cours des 48h avant l apparition des signes.
- Surveiller sa santé: prendre sa température 2 fois par jour, continuer à prendre son traitement chronique le cas échéant, téléphoner à son médecin si doutes ou symptômes inhabituels et si difficultés à respirer.

SARS-CoV-2 (COVID) detected search for SARS-CoV-2 virus RNA.

According to OMS recommendations, if the test result is POSITIVE:

- contact your doctor
- Remain isolated and respect barrier gestures
- List potentially infected people: family, friends or professionals, in contact during the 48 hours before the onset of sings.

Validé par : ABID Rajae

LABORATOIRE AR-RAZI  
Analyses Médicales et Scientifiques  
125, Avenue Mers Sultan - Casablanca  
Tél: 0522 26 56 28 - 0522 27 24 99

Docteur ABID Rajae  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
125, Avenue Mers Sultan 2ème Etage  
Casablanca - Tél: 05 22 26 56 28

Page 1 / 1

**Dr. Rajae ABID**  
Médecin Biologiste

- Lauréate Faculté de médecine et de pharmacie Hassan II - Casablanca
- Diplôme en management de la qualité des laboratoires d'analyses médicales - Bordeaux
- Ex.Biologiste responsable à la polyclinique CNSS,

INPE : 097166763



097166763

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AR-RAZI

125, Avenue Mers Sultan

Tél. : 0522 26 56 28 & 0522 27 24 9

ICE : 002309964000032 - IF 37608206

**FACTURE N° : 210100011**

Casablanca le 02-01-2021

**Mlle. Aya MEGDER**

Analyses :

| Récapitulatif des analyses |     |             |               |
|----------------------------|-----|-------------|---------------|
| Analyse                    | Clé | Coefficient | Total         |
| COVID 19 PCR               | E   | 700         | 700.00<br>MAD |
| Total                      |     |             | 700.00<br>MAD |

TOTAL DES B : 0

TOTAL DOSSIER : 700 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cents dirhams .

LABORATOIRE AR-RAZI  
Analyses Médicales et Scientifiques  
125, Avenue Mers Sultan, Casablanca  
Tél: 0522 26 56 28 Fax: 0522 27 24 99