

## 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 | adhésion@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° W19-537618

5 6651

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>7357</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>KERROUM Abderrahim</b>			
Date de naissance : <b>14-09-1963</b>			
Adresse : <b>OULED AZZOUI 66 N° 21 EL OULEA CASABLANCA</b>			
Tél. : <b>0615 687867</b> Total des frais engagés : <b>2943</b>			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <b>Kérim El Ouza</b> Age : <b>1998</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Fracture</b>			
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 : **CASABLANCA** Signature de l'adhérent(e) : **MAHMOUD SAFI**  
**11/11/20**

Document émis par la MUPRAS  
Numéro : 0615 687867 - Date : 06/11/2020  
Code : 566518 - Code : 0615 687867  
Email : [servicesclients.mupras@gmail.com](mailto:servicesclients.mupras@gmail.com)  
Téléphone : 05 22 20 45 45 - Fax : 05 22 22 78 18  
Site web : [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

Document émis par la MUPRAS  
Numéro : 0615 687867 - Date : 06/11/2020  
Code : 566518 - Code : 0615 687867  
Email : [servicesclients.mupras@gmail.com](mailto:servicesclients.mupras@gmail.com)  
Téléphone : 05 22 20 45 45 - Fax : 05 22 22 78 18  
Site web : [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Magasin attestant le Paiement : <i>Centre Abd-el-Kader</i>
09/11/20 C	+ TCC 9	25,-	INP : 1028404	RECEUILLIE LE 15 NOVEMBRE 1990 PAR M. EL HADJ MOHAMED BEN YOUSSEF DU BUREAU DE LA SOCIETE D'EDUCATION CENTRALE DE MEDENINE TUNISIE

The image shows a blue INP logo with the number 0102816 overlaid on a rectangular stamp containing various identification numbers.

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE MULAY AHMÈD</b> Lot. 1 United 6 Oujad Azouz T. +212 55 86 08 <b>ENDE: 092103811</b>	09/11/2020	159,4-

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

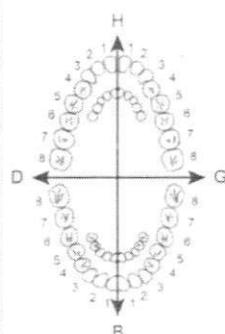
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>الطبية لبوجة Laboratoire d'Analyses Médicales LA ROMA Dr LOUANI Noureddine 10, Rue Prince Moulay Abdellah, Casablanca Tél: 0522 90 34 22 / 0522 91 44 00 Fax: 0522 96 89 00</p> 	07/01/2022	B:600t R	700DH

## 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.

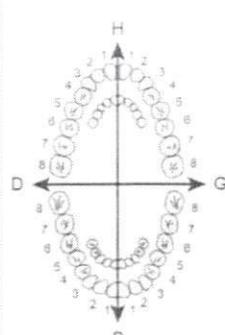


O.D.F  
PROTHÉSES DENTAIRE

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
<input checked="" type="checkbox"/>	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[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

ANSWER

1

10

ANSWER

10

10 of 10

1

1

## ORDONNANCE

 <del>79,70</del> <u>Alix.</u> <del>159</del>	<u>20.00</u> <u>50.00</u> <u>1/29/18</u> <u>6pm</u> <b>(AS)</b>	<u>PANINI</u> <u>2pm - 2pm</u> <u>14.50</u>
<b>A</b>		
<b>B</b>		
<b>C</b>		
<b>D</b>		

Almajid SAFSAFY  
Res Al Hamad

~~PHARMACIE BOUFLAY AHMED~~  
Lot. 1 Uptie 6 Ouled Azouz  
Casablanca Tel: 05 22 65 86 08

**Docteur Abdelmjid SAFSAFY**  
Médecin généraliste  
H.H Oulfa Rond Puit n°24 Essalam Rés Al Hamd  
1 Tam. D 4359 76 - Médecin : 0660 74 80 80  
Cabinet : 0660 4359 76 - Médecin : 0660 74 80 80  
Email : safsaiyabdelmjid88@gmail.com

**Date du prélèvement :** 07-11-2020 à 10:50  
**Code patient :** 1905310078  
**Né(e) le :** 03-04-1998 (22 ans)

**Mlle Oumaima KERROUM**  
**Dossier N° :** 2011070510  
**Prescripteur :**



## BIOLOGIE MOLECULAIRE

### DIAGNOSTIC SARS-COV-2 (COVID19) PAR TECHNIQUE RT-PCR

**Nature du prélèvement :** naso-pharyngé

**Résultat**  
(SaCycler 96 (RT-PCR), Kit Sacace Real Time PCR kit for detection of SARS-CoV-2 (COVID-19))

**Résultat POSITIF: ARN viral SARSCoV-2 détecté.**  
**CT 24**

La sensibilité des test RT-PCR utilisés pour le SARS-CoV 2 varie selon le type de prélèvement et la période à laquelle celui-ci est effectué au cours de la maladie. Un résultat négatif doit être interprété avec prudence et en présence de symptômes évocateurs, une infection à Covid-19 ne peut être totalement exclue.

Le prélèvement nasopharyngé peut également être réalisé à domicile selon les normes d'hygiène en vigueur. Veuillez contacter le: 00212 6 61 78 93 98.

مختبر التحاليل الطبية نوامان  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Dr. LOUANJI Noureddine - Biologiste  
10, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca  
Tél: 0522 20 74 22/21 11 95 - Fax : 0522 26 01 02

Validé par : Dr Noureddine LOUANJI

Page 1 / 1

Prélèvements à Domicile Tél.: 06 77 06 70 95

40. Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P.20.080. رب. 40. متحف الأمير مولاي عبد الله - الدار البيضاء - المغرب

Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 20 74 22 / 05 22 29 77 06 / 05 22 22 14 95 / 05 22 26 83 03 / 07 67 89 23 84

E-mail : labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet : www.labomac.ma

ICP : 001654761000041 / Patente : 33202488 / IF : 41502000

INP : 093001980  
IF : 706552  
ICE : 001654761000041

## FACTURE N° : 201100439

CASABLANCA le 07-11-2020

**DR GUESSOUS**  
**Mlle Oumaima KERROUM**  
Prescripteur :

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	SARS COV-2 PCR	B600	B

Total des B : 600

TOTAL DOSSIER : 700.00 DH

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

*Dr Noureddine LOUANJLI*

مختبر التحاليل الطبية لبوماك  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Dr. LOUANJLI Noureddine - Biologiste  
10, Rue Prince Moulay Abdellah - Casa  
Tél. 0522 20 74 2222 11 95 - Fax. 0522 26 83 03

Prélèvements à Domicile Tél.: 06 77 06 70 95

40.Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P.20.080. محج الأمير مولاي عبد الله - الدار البيضاء - رب.

Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 20 74 22 / 05 22 29 77 06 / 05 22 22 14 95 / 05 22 26 83 03 / 07 67 89 23 84

E-mail : labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet : www.labomac.ma

ICE : 001654761000041 / Patent : 33202488 / IEF : 41502000

Nom: KANOU en 7m/2

Numéro ID: 201103000

Sexe: F

Taille:

PA:

Stimulateur:

Fréquence cardiaque: 78 bpm

Durée QRS : 113 ms

Axes P/QRS/T : 74/79/66°

Tension RV5+SV1 : 2.92 mV

N° sous-ID:

Né(e) le: 03/11/2020

Poids: 50 kg

Race:

\*\*\*\*\* Analyse résultat \*\*\*\*\*

8110 Rythme sinusal

\*\*ECG normal\*\*

Docteur Abdellmjid SAFSAFY  
H.Houffa Rond Point Farah Essalam Rés Al Hamd  
1mm D 4<sup>th</sup> Etg N 15 - Casablanca  
Cabinet: 0665 43 59 76 - Médecin: 0660 74 80 80  
Email: safsafyabdellmjid88@gmail.com

Le docteur doit confirmer le rapport:

Vérifier l'heure: 03/11/2020, 11:45:11

Imprimer l'heure: 03/11/2020, 11:45:12 Biocare iE 300

10mm/mV 25mm/s AC:50Hz,0.5~100Hz



ID: 201103000 Imprimer l'heure: 03/11/2020,11:45:00 Biocare iE 300 V1.1.3/CardiPro1.18