

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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'Horloger Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-604724

5-7763

<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>12739</b>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>EL HARISSI Nabil</b>			
Date de naissance : <b>23/10/1984</b>			
Adresse : <b>3, Rue Alababas AL AKKAD, Quartier des hôpitaux</b>			
Tél. : <b>0662 772 780</b>	Total des frais engagés : <b>200</b> Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<b>23/01/2021</b>
Nom et prénom du malade :	<b>EL HARISSI Nabil</b>
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Comptoir <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>Pruritus Covid-19</b>
En cas d'accident préciser les causes et circonstances	<b>Covid-19</b>
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**

Le : **09/02/2021**

Signature de l'adhérent(e) :

## **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
26.01.2021			<i>Ch</i>	INP : <i>RAFFAK MAJDOLINE</i>
01.02.2021				<i>RAFFAK MAJDOLINE Généraliste</i> 52 Médecin Généraliste 125-91250852

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	<i>INP</i>	Montant de la Facture
			.....
			.....
			.....
			.....

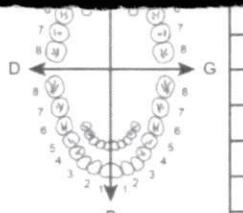
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

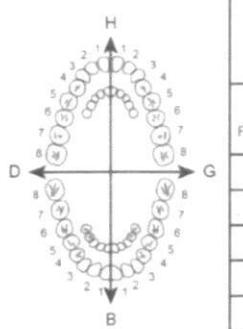
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **VOLET ADHERENT**

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



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS



## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE

le 25/01/2021

M. El Harni Nabil

control T21

post pneumonie covid-19

L. A. M. B.  
Laboratoire Bourgogne D'Analyses Médicales  
136, Résidence Belhcen Bd. Bourgogne  
Tél.: 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99  
Fax: 0522 20 81 00 - Casa

↳ RT-PCR sans-cov-2

et serologique sans-cov-2

Dr. RAFIK MAJDOULE  
Médecin Généraliste  
INPE: 91250852

Casablanca

INPE 097164701

N°Patente

136 Résidence Belhcen

Boulevard Bourgogne

**Laboratoire BOURGOGNE**  
**136 Résidence Belhcen, Boulevard Bourgogne**  
**Tél : 0522208099/0522208102 - Fax : 0522208100**  
**@ : labobourgogne.lamb@gmail.com**

Demande  
Date de l'examen

Analyses

Pratiquées

## **FACTURE N° : 210000301**

**INPE : 097164701**



**097164701**

Casablanca le 26-01-2021

**IF: 15231383**

**N°Patente: 35490624**

**ICE: 001692860000053**

**N°CNSS: 4430534**

Pratico à la date

**Mr Nabil EL HARIRI**

Demande N° 2101260040

Date de l'examen : 26-01-2021

**Analyses :**

### **Récapitulatif des analyses**

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
	Sérologie du SARS-COV-2 (COVID 19)	E200	E

Total des B : 0

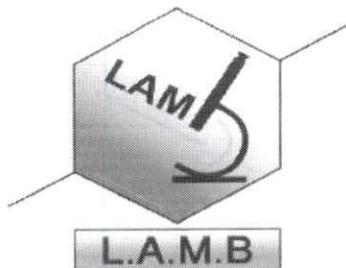
**TOTAL DOSSIER : 200.00 DH**

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

**L.A.M.B.**  
Laboratoire Bourgogne D'Analyses Médicales  
136, Résidence Belhcen Bd. Bourgogne  
Tél.: 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99  
Fax: 0522 20 81 00 - Casa

LABORATOIRE BORGOGNE  
D'ANALYSES MEDICALES  
ET SCIENTIFIQUES

DOCTEUR BELAMINE CHORFI KAWTHAR  
Médecin spécialiste en biologie clinique  
et analyses médicales



مختبر بورگون  
للتحاليل الطبية و العلمية

الدكتورة بلامين شرفى كوثير  
طبيبة إختصاصية في الميولوحبس السريرية  
و التحاليل الطبية

Edition : 26-01-2021

Mr EL HARIRI Nabil  
Code Patient : 2011090077  
Prélèvement du : 26-01-2021

Médecin :

## IMMUNOLOGIE – SEROLOGIE SANGUINE

### Recherche d'Anticorps Covid-19

Anticorps type IgM:	Sérologie positive
Indice (IgM):	6
Anticorps type IgG:	Sérologie positive
Indice (IgG):	14

Demande validée biologiquement par : Dr. KAWTHAR Dr BELLAMINE

Dr. Bellamine Kawthar  
Médecin Biologiste  
~~Laboratoire d'Analyses Médicales~~  
~~Bourgogne~~

Page : 1/1

Adresse : 136, Résidence Belhcen, Bd. Borgogne – Casablanca  
Tél : 05 22 20 00 99 / 05 22 20 81 02 – Fax : 05 22 20 81 00  
Mail : [labbourgagne.lamb@gmail.com](mailto:labbourgagne.lamb@gmail.com)  
Site web : [www.labbourgogne.com](http://www.labbourgogne.com)