

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-608820

5-7760

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : R.A.M.

Matricule : 08880 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : MOHAMMED.

Nom & Prénom : DERFOUF

Date de naissance : 20-11-67

Adresse : Angle Abi Rayyan - oujda

Tél. : 069987020 Total des frais engagés : = 600 = Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20-11-2020

Nom et prénom du malade : DERFOUF ASMAE Age : 20 ans

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

Nature de la maladie : Test covid-19

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 : oujda Le : 20/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-608820

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 08880

Nom de l'adhérent(e) : DERFOUF

Total des frais engagés : 600

Date de dépôt :

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire du Dr. Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE AARAB ANALYSES MEDICALES 47 Bis, Av. Nations Unies - Oujda Tel: 0536 68 10 26 - Fax: 0536 68 65 56	25/11/20	B600	LABORATOIRE AARAB ANALYSES MEDICALES 47 Bis, Av. Nations Unies - Oujda Tel: 0536 68 10 26 - Fax: 0536 68 65 56
	INP: 083060492		600,00

[illegible]

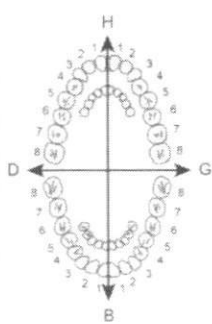
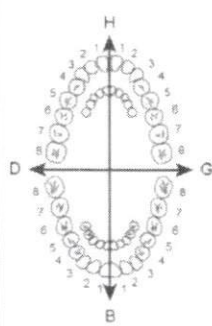
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdelkrim BANANA

Médecin Généraliste

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

Echographie

Rue Ain Serrak, Lot. Elalji, Hay Essalam,

Imm. Rayane, N° 48, Rez de Chaussée. Appt. 3

- OUJDA -

Tél : 05 36 53 43 44



الدكتور عبد الكريم بنانة

طبيب عام

خبير محلف لدى المحاكم

الفحص بالصدى

طريق عوينة السراق، حي السلام، تجزئة العلاج،

إقامة ريان رقم 48، الطابق السفلي، شقة 3

- وجدة -

الهاتف : 05 36 53 43 44

Oujda, le 25.11.2020

DERFOUFI Annee

A faire test

COVID 19. P

LABORATOIRE ARAB
ANALYSES MEDICALES
47 Bis, IV. Nations Unies - OUJDA
Tél: 0536 68 10 26 - Fax: 0536 68 65 56

Dr. BANANA Abdelkrim

MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Médecin Expert Assermenté

Rue Aïne Serrak Hay Essalam

14880 - Oujda

LABORATOIRE AARAB D'ANALYSES MEDICALES

47 Bis, Avenue des Nations Unies - Oujda

Tél. 05 36 68 10 26 Fax. 05 36 68 65 56 Email: laboratoire.aarab@gmail.com

INPE: 083060442 T.P: 10702807 I.F: 35805660 CNSS: 8074172 ICE: 001668138000090

Assuré

Matricule

Bénéficiaire

DERFOUFI ASMAE

Prise en charge N°

NC

Prescripteur

FACTURE N° 102248

Facturé le : 25/11/2020

Analyses :

COVID PCR

B 600

Total analyses :

600,00 Dh

Prélèvements :

Sang

Total Prélèvements :

0,00 Dh

Total <>

600

Soit un montant total :

600,00 Dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX CENTS DIRHAMS

LABORATOIRE AARAB
ANALYSES MEDICALES
47 Bis, AV. Nations Unies - Oujda
Tél: 0536 68 10 26 - Fax: 0536 68 65 56



LABORATOIRE AARAB

LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE

Dr. Hamid AARAB

Biologiste Médical

Préscripteur :

Prélève à : :



FÉMININ DERFOUFI ASMAE

Dossier N° : 0112565174

du : 25/11/2020

Page 1

Compte Rendu d'Analyse NC

MICROBIOLOGIE BIOLOGIE MOLECULAIRE

RECHERCHE D'ARN DU SARS-CoV-2 PAR PCR EN TEMPS REEL(RT-PCR)

Origine du prélèvement

NASOPHARYNGE

Résultat

NEGATIF

0112565174

LABORATOIRE AARAB
ANALYSES MÉDICALES
47 Bis, Av. des Nations Unies - Oujda
Tél: 0536 68 10 26 - Fax: 0536 68 65 56