

## 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 canalaire, 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 canalaire.

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-608820

57760

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricole : 088888		L.A.M.	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre : DERFOUFI MOHAMMED	
Nom & Prénom : DERFOUFI MOHAMMED		Date de naissance : 28/11/67	
Adresse : Myle Abi Hayyan - oujda		Tél. : 06 33 87 70 20	
		Total des frais engagés : = 600 = Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : DERFOUFI ASME Age: 80 ans	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant Test covid-19	
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 : oujda

Le : 28/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
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).	
Matricole : 088888	
Nom de l'adhérent(e) : DERFOUFI	
Total des frais engagés : 600	
Date de dépôt :	

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
				INP : <input type="text"/>

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
<b>LABORATOIRE ARAB</b> <b>ANALYSES MEDICALES</b> 47 Bis, AV. Nations Unies - OUJDA Tl: 0536 68 10 26 - Fax: 0536 68 65 56.	25/11/20	B600	<b>LABORATOIRE ARAB</b> <b>ANALYSES MEDICALES</b> 47 Bis, AV. Nations Unies - OUJDA Tl: 0536 68 10 26 - Fax: 0536 68 65 56

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.

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 de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>												
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21432552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21432552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21432552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Dr. Abdelkrim BANANA

Médecin Généraliste

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

Echographie

Rue Ain Serrak, Lot. Elalj, Hay Essalam,

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

- OUJDA -

Tél : 05 36 53 43 44



الدكتور عبد الكريم بنانة

طبيب عام

خبير محلل 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 Aouane

A faire test

Covid 19 . R

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

Dr. BANANA ABDELKrim

MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Médecin Expert Assermenté

Rue Ain Serrak Hay Essalam

48 Rez de Chaussé 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

Prise en charge N°

NC

DERFOUFI ASMAE

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 <<B>> 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 - OUDJA  
Tél: 0536 68 10 26 - Fax: 0536 68 65 56



# LABORATOIRE AARAB

## LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE

Dr. Hamid AARAB  
Biogiste Médical

Labo Aarab

Préscripteur :

Prélèvé à : ::

Compte Rendu d'Analyse NC



FÉMININ DERFOUFI ASMAE

Dossier N° : 0112565174 du : 25/11/2020

Page : 1

## 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. NATION UNIES - OUJDA  
Tél: 0536 68 10 26 Fax: 0536 68 65 56