

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Educations :

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

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.n.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19-0028700

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09038 Société : 58786

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HASSID ABDELHAM

Date de naissance : 23-05-1962

Adresse : Habituelle

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL KHETTAR Rachid
Pneumologue
Tél: 022 49 23 75

Date de consultation : 12/07/2021

Nom et prénom du malade : Mohamed El F. mant Koudifa Age:

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

Nature de la maladie : Infection pulmonaire

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 : Le : / /

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
12.1.2022		C5	300 DA	

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
12/02/22	80	600,00 DA	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

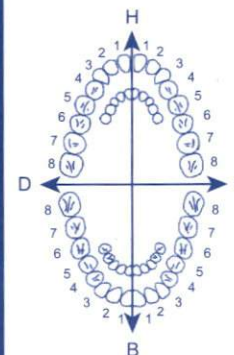
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

[Création, remont, adjonction]

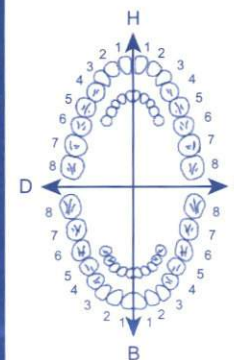
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

CLINIQUE JERRADA OASIS



مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le

10/1/21

mezine el fermi
Khadifa

PCR. COVID 19

L.A.M.B.

Laboratoire Bourgogne D'Analyses Médicales

136, Résidence Belhacen Bd. Bourgogne

Tél. : 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99

Fax : 0522 20 81 00 - Casa

CLINIQUE JERRADA-OASIS

113, Av. Abderrahim Bouabid

CASABLANCA

Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82

E-mail : direction@cliniquejerrada.ma

Dr. EL KHETTAN Rachid
Pneumologue
Tél: 022 49 23 75

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

FACTURE N° : 210000267

INPE : 097164701



097164701

Casablanca le 12-01-2021

IF: 15231383
N°Patente: 35490624

ICE: 001692860000053
N°CNSS: 4430534

Mme Khadija MEZIANE EL OTMANI

Demande N° 2101120066
Date de l'examen : 12-01-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Recherche d'ARN SARS-COV-2 (COVID 19)	E600	E

Total des B : 0

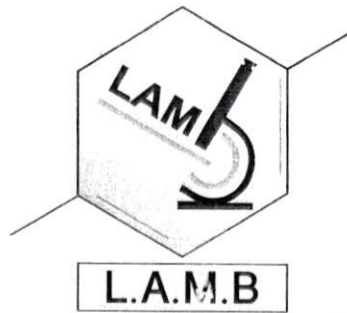
TOTAL DOSSIER : 600.00 DH

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

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

**LABORATOIRE BOURGOGNE
D'ANALYSES MEDICALES
ET SCIENTIFIQUES**

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



**مختبر بورغون
للتحاليل الطبية و العلمية**

الدكتورة بالامين شرفي كوثر
طبيبة اختصاصية في البيولوجيا السريرية
و التحاليل الطبية

L.A.M.B

Mme MEZIANE EL OTMANI Khadija

Code Patient : 2101120066

Prélèvement du : 12-01-2021

Médecin :

Edition : 12-C1-2021

BIOLOGIE MOLECULAIRE

RECHERCHE DU SARS-CoV-2 (COVID-19) PAR PCR EN TEMPS REEL

(Technique : RT-PCR temps réel ,GeneProof SARS-Cov-2 PCR Kit)

Nature de prélèvement:

Naso-pharyngé

Résultat:

Présence D'ARN du VIRUS SARS COV-2

Validation Biologique par : Dr BELLAMINE KAWTHAR

Dr. Bellamine Kawthar
Médecin Biologiste
Laboratoire d'Analyses Médicales
136, Résidence Belhacen, Bd. Bourgogne - Casablanca
Tél.: 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99
Fax: 0522 20 81 00 - Casa

Page : 1/1

Adresse : 136, Résidence Belhacen, Bd. Bourgogne - Casablanca

Tél. : 05 22 20 80 99 / 05 22 20 81 02 - Fax : 05 22 20 81 00

Mail : labobourgogne.lamb@gmail.com

site web : www.labobourgogne.com