

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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-596142

par conseil

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2242 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAKHOUKH MOHAMMED

Date de naissance : 28/08/1957

Adresse : BP: 6414 OUIDA HABBUS 60000

OUIDA

Tél. : 0665658251 Total des frais engagés : 800

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Centre d'Hémodialyse d'Oujda-Isly
Dr HORMI Mohammed
NEPHROLOGUE
9, Rue Ibn Khaldoun - OUIDA
Tél 05 36 70 30 00 Fax 05 36 70 30 04
Tél 05 36 70 30 00 Fax 05 36 70 30 04

Date de consultation : 13/12/2020

Nom et prénom du malade : MAKHOUKH

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

Nature de la maladie : Insuffisance Cardiaque

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 : OUIDA Le : 13/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-596142

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 : 2242

Nom de l'adhérent(e) : MAKHOUKH

Total des frais engagés : 800 DH

Date de dépôt :

[illegible][illegible][illegible]

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

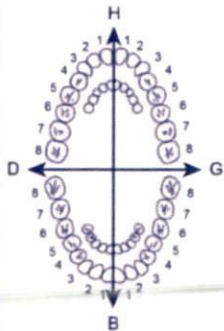
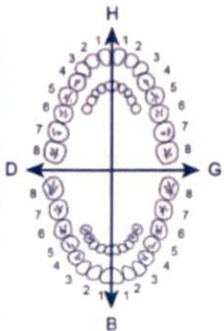
*** Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

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 canaux, 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																	
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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 L'EXECUTION

مصلحة أمراض الكلى و التصفية الدموية
Clinique d'Hémodialyse d'OUJDA-ISLY

Docteur Mohammed HORMI

Néphrologue

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris



الدكتور محمد حرمي

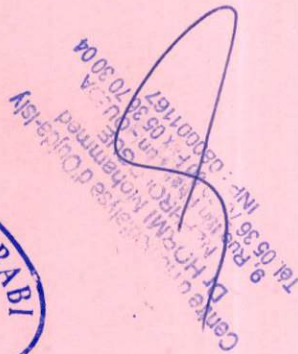
اختصاصي في أمراض الكلى

خريج كلية الطب بباريز

Oujda, le 13/12/2020

Mr MAKHOUKH Mohammed

Ten Per Card





مختبر الفارابي للتحليلات الطبية Laboratoire Al Farabi d'Analyses Médicales

Bactériologie - Biochimie - Hématologie

Immunologie - Parasitologie

Dr Khalid HADDAR

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de
Lyon (France)

14 décembre 2020

Monsieur MAKHOUKH MOHAMMED

FACTURE N°	2660/2021
------------	-----------

Analyses :

Test de détection du COVID 19 par PCR -----	Total : B 505
---	---------------

Prélèvements :

Ecouvillon-----	
-----------------	--

TOTAL DOSSIER

600,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Six Cents Dirhams





مختبر الفارابي للتحليلات الطبية Laboratoire Al Farabi d'Analyses Médicales

Bactériologie - Biochimie - Hématologie

Immunologie - Parasitologie

Dr Khalid HADDAR

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de
Lyon (France)

Dossier ouvert le : 14/12/20

Prélèvement effectué à 08:15

Edition du : 14/12/20 à : 18:11

Monsieur MAKHOUKH MOHAMMED

DDN : 28/08/1957

Réf. : 20L1393

Page : 1/1

BIOLOGIE MOLECULAIRE

Nature du prélèvement ----- : Ecouvillon naso-pharyngé.

RECHERCHE DU CORONAVIRUS (SARS-Cov2, COVID 19) PAR PCR

RT-PCR, 3 cibles: Gène RdRp, Gène E, Gène N.

Recherche ----- : **Négative.**

INTERPRÉTATION

Génome du SARS Cov2 non détecté.

Le résultat d'un test négatif ne prouve pas avec certitude que le patient n'est pas infecté par la COVID 19. Cette problématique concerne essentiellement le début d'incubation du virus. Il y a donc lieu de prendre toutes les mesures de prévention pour éviter d'éventuelles transmissions à l'environnement.

