

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 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.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-580111

746012

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8363 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL RHOUH Mohammed

Date de naissance : 15/01/1966

Adresse : N° 92 Lot Lina Sidi Naarouf Casablanca

Tél. : 0661187139 Total des frais engagés : 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. DAKKA Fadoua
Médecin de Santé Publique
Médecin de Sport

Date de consultation : 01/04/2021

Nom et prénom du malade : EL RHOUH RIM

Age : 18

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

Nature de la maladie : Suspicion 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 : Le : 16/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire d'Analyses Radiologiques	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE NATIONAL DE REFERENCE	11/04/20	PCR	500,00

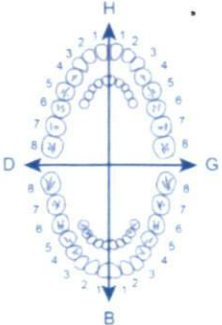
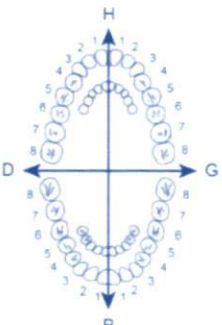
[illegible]

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 :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Dr. DAKKA Fadoua
Médecin de Santé Publique
Médecin de Sport

le 21-04-2021

Mr/Mme RIM ELAHOUL

SVP faire

PCR

LABORATOIRE NATIONAL
DE REFERENCE

Cachet du médecin

Dr. DAKKA Fadoua
Médecin de Santé Publique
Médecin de Sport

Identifiant du patient : 21D0000067

Date de naissance : 09/12/2002

Sexe : F

Date de l'examen : 01/04/2021

Prélevé le : 01/04/2021 à 11:04

Edité le : 01/04/2021 à 21:01

Mme EL RHOUL RIM

Dossier N° : C21040091



DÉPISTAGE ET SUIVI DE LA COVID-19

BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

(Recherche qualitative de l'ARN du SARS-CoV-2, PCR en temps réel)

Nature du prélèvement : Ecouvillon nasopharyngé
CONCLUSION : ARN viral du SARS-CoV-2 négatif

**LABORATOIRE NATIONAL
DE REFERENCE**

Le 01/04/2021 à 21:01

Signature

Pr. YAHYAOUI Anass

Laboratoire National de Référence
Dr Anass YAHYAOUI
Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence

FACTURE N° : 14182 / 21

Dossier réalisé le : 01/04/21 11:06

A l'attention de : **Mme EL RHOUL RIM**

Identifiant du patient : **21D0000067**

Analyses :

COVID-19 - PCR

B 500

500,00 DHS

Total dossier : 500,00 DH

Arrêté la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

**LABORATOIRE NATIONAL
DE REFERENCE**

Dossier : **C21040091**
de : **EL RHOUL RIM**
IPP : **21D0000067** Date de naissance : **09/12/2002**
Analyses : COVID-19 - PCR

Reçu de caisse

Numéro	Intitulé	Date encaissement
C21040091	EL RHOUL RIM	01/04/2021 11:07

Mode paiement	Numéro de quittance	Montant Dhs
Espèce	114325	500.0
Total payé		500.0

Reçu établi par : HANIFI Radouane

Pour information, les résultats des analyses sont à récupérer après 48h du prélèvement au niveau du chapiteau de 9h00 à 16h00
merci de vous munir de votre pièce d'identité et du présent reçu de caisse