

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-580111

Allal Ben

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8363	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL RHOUIL Mohammed
Nom & Prénom : EL RHOUIL Mohammed			
Date de naissance : 15/01/1866			
Adresse : N° 92 Lot Linz Sidi Fakrour Casablanca			
Tél. : 0661187139 Total des frais engagés : 500 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<p>Dr. DAKKA Fadoua Médecin de Santé Publique Médecin de Sport</p> <p>16 JUIN 2021</p>			
Date de consultation : 01/06/2021			
Nom et prénom du malade : EL RHOUIL RIM Age: 18			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : SV Spasmod. Cais. 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16/06/2021

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																			
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"/>																
CŒFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> <td>00000000</td> </tr> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		35533411	00000000	11433553	00000000
	H		G																
	25533412	00000000	21433552	00000000															
	D		B																
	35533411	00000000	11433553	00000000															
	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"/>																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Therapeutique. nécessaire à la profession																			
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 01-04-2021

RIM EL RAHOU L

SVR faire

PCR

↑
LABORATOIRE NATIONAL
DE REFERENCE

Cachet du médecin

Dr. DAKKA Fadoua
Médecin de Santé Publique
Médecin de Sport

Spécialités

Cytogénétique
Biologie moléculaire
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire
Biologie médicale
Anatomie pathologique

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

Édité 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
Pr. Anass YAHYAOUI
Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

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 analyser 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