

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 clinique.
- 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

- 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° W19-590387

par sign

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

3495

Société :

RAM

81199

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

ESSA LHI

MAROELA 252

Date de naissance :

14 Mars 1965

Adresse :

AESSA LHI @ royalair maroc.com

Tél. :

0665 238516

Total des frais engagés :

200,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 :

Le : 17.09.2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-590387

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 :
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	2010-07-10	IN 700	700,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ONDE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

مختبر التحاليل الطبية



103001905

Laboratoire fondé en 1948



Dr. BENHASSAIN Karim

1948 - 2021
73 ans au service de votre santé

الدكتور بن حسain كريم

Dossier ouvert le : 22/07/21.

Édité le : 23/07/21.

Monsieur ESSALHI ABDELAZIZ
P/S COV
Dossier N° : 21G2561

BIOLOGIE MOLECULAIRE

TEST DE DEPISTAGE DU CORONAVIRUS PAR qrt-PCR (COVID 19)

Origine du prélèvement : Naso-pharyngé

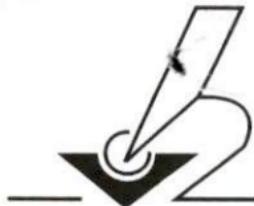
Résultat: Négatif

CONCLUSION

Absence d'ARN du SARS-COV-2

Tests PCR effectués avec la technique de biologie moléculaire RT-PCR GENEPROOF® (Gènes cibles RdRp, N et E). Les résultats d'un test négatif ne prouvent pas avec certitude que le patient n'est pas infecté par le COVID19. 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.

4. زنقة تهامة (أمام فندق باليما) - الرباط
Laboratoire d'Analyses
Biologiques et de Recherches
Dr. BENHASSAIN Karim
Tél: 05 37 70 71 00 / 05 37 70 80 82
Fax : 05 37 70 12 40



LABORATOIRE
D'ANALYSES BIOLÓGIQUES & DE RECHERCHES

Rabat, Le

28/07/21

M: AbdElPaziz ESSOPhi

INPE: 103001905 ICE: 001644497000040

FACTURE

Nº 037727

Analyses demandées, voir ordonnance Dr:

Nomenclature B: HN70 PCR COVID19

Total: 700.00 Dhs

Arrêtée à la somme de : 500.00 Dirhams.

4. زنقة تهامة (أمام فندق باليما)
Rabat - Tél: 0537 70 80 82 / 0537 70 71 00 - Fax: 0537 70 12 40:
Patente: 25107305 - CNSS: 1451004 - ICE: 001644497000040 - INPE: 103001905