

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.

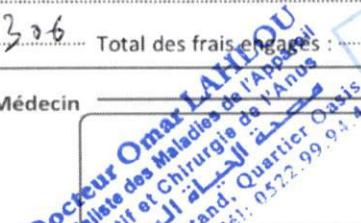
Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8376			
Société : ENFANT LOTIS (82A26)			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input checked="" type="checkbox"/> Autre : ENFANT			
Nom & Prénom : DRIOUF CH			
Date de naissance : 19/06/65			
Adresse : 47 Rue El Aan Mouslim OASIS			
Tél. : 0661 33 63 86			
Total des frais engagés : Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 15/07/2021			
Nom et prénom du malade : LYNA DRIOUF CH			
Age: 56 ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : maladie veau			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : maladie veau			
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 : **ENFANT**

Le : **23/07/2021**

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
13/08/2021	Vis		300,00	Docteur Jean Spécialiste des Malades et Chirurgie Rostand - Orléans Tél: 05 24 01 11 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. HASSAN rue des Bouneufs Oasis Casablanca Tél: 022.99.54.18	13/08/2021	79,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16.08.21	B 462	600 Fr

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				Coefficient des travaux []
				Montants des soins []
				Début d'exécution []
				Fin d'exécution []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux []
	H	26533412 00000000 00000000 35533411	G	Montants des soins []
		21433552 00000000 00000000 11433553		Date du devis []
				Date de l'exécution []
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Date : 13/8/2021

Nom et Prénom du patient :

DRIOSCH

Age :

PPV 79 DH 70
PER 07 / 24
LOT W 2146

Age 500 120/110

79,70

Pharmacie TAKI JABRI
Rue des Bouvreuils
Oasis - Casablanca
Tél 022.99.64.10

Dr. Omar LAHLOU
Spécialiste des Maladies de l'Appareil
Digestif et Chirurgie de l'Anus
29, Rue Rostand, Quartier Oasis
Casablanca - Tel: 0522.99.94.44

Signature :



Dr: Oumar LAYLOU
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif et Chirurgie de l'Anus
29, Rue Rostand, Casablanca - Tel: 0522.99.94.44

ORDONNANCE

Date: 13/08/2021

Nom et Prénom du patient :

Lyna Driouch

Age :

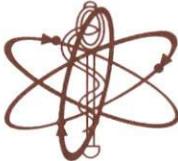
Pc R cou 19

Oumar LAYLOU
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif et Chirurgie de l'Anus
29, Rue Rostand, Casablanca - Tel: 0522.99.94.44



Anoual

Laboratoire de Biologie medicale
 Genetique moleculaire
 Radio immuno-analyse
 Diagnostic Prenatal
 Biologie de la Reproduction



أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
 Diplômé de l'Université Paris VII
 et de l'Institut Pasteur de Paris
 Biologiste Qualiticien

FACTURE N° 2108160430

Mlle Lynda DRIOUECH

Demande N° 2108160430

Date de l'examen : 16-08-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Recherche SARS CoV2 par RT-PCR	E600	E

Total des B : 0

TOTAL DOSSIER : 600 DH

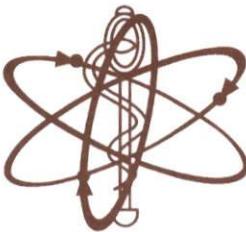
Arrêtée la présente facture à la somme de six cents dirhams DH



**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,
 Prénoms et les Dates des Analyses.**

Anoual

Laboratoire de Biologie medicale
Genetique moleculaire
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prenatal
Biologie de la Reproduction



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualiticien

Mlle Lyne DRIOUECH

Né(e) le : 10-09-1998

Dossier N° : 2108160430

Date de l'examen : 16-08-2021

Prélevé le : 16-08-2021 15:23 en interne

Édité le : 31-08-2021

DR :

Adresse :

Page 1 / 1



ACCREDITATION
N° 8-3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

VIROLOGIE MOLECULAIRE (SARS-CoV-2)

Nature du prélèvement

Résultat

Ecouvillon naso-pharyngé

Conclusion

Positif

N gene:

Présence de l'ARN viral du SARS COV-2.

Ct:

Détecté

RdRp/E genes:

19

E gene:

Détecté

Technique: RT-PCR temps réel, GeneProof SARS-CoV-2 PCR Kit.

