

## 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° W21-629240

83651

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>1802</b>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>Drissi ou Aissa</b>			
Date de naissance : <b>28/07/51</b>			
Adresse : <b>39 Rue El Khoudra 1000</b>			
Tél : <b>0588471843</b>	Total des frais engagés : <b>901,70</b> Dhs		

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. Farid SLAOUI**  
Fts. Benber Angle Avenue Stendhal  
et Rue George Sand Maârif - Casablanca  
Tél: 0522 98 93 56

Cachet du médecin :

Date de consultation : **11/8/2021**

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

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 : **05/09/21**

Le : **11/8/2021**

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DIRÉC'TRICE MEDIC CLYSES MEDIC Tél. : 0522 08 10 61 - GSM : 0696 05 74 E-mail : <a href="mailto:medic@medic-clyses.fr">medic@medic-clyses.fr</a>	11/08/21	B505 PTA5	701,700 H.

## AUXILIAIRES MEDICAUX

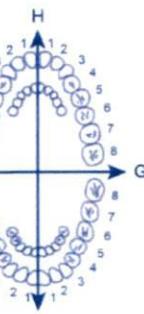
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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'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"/>
ODOF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	21433552		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
D	00000000	00000000		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
B	00000000	00000000		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	35533411	11433553		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Docteur FARID SLAOUI**

Médecin Omnipraticien  
Diplômé d'Echo graphie Générale Paris  
Diplômé en médecine du Travail  
Expert Assementé près les Tribunaux

**الدكتور فريد السلاوي**

شهادة الفحص بالصدى المتنوع  
جامعة باريس  
خبير محلل لدى المحاكم  
اختصاصي في طب الشغل

Casablanca, le .....

11/8/2021 الدار البيضاء، في

OUAFAA Mimi

Seine Test PCR

Dr FARID SLAOUI  
Rés. BenBer Angle Avenue Stendhal  
et Rue Georges Sand 1er étage - Casablanca  
Tél. 0522 25 83 85 - 05 22 98 93 56

إقامة بنبر ملتقى شارع ستوندال وزنقة جورج ساند عمارة - أ- الطابق الأول - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 98 93 53 - 05 22 98 93 56 - 05 22 25 83 85  
Adresse : Résidence BenBer Angle Avenue Stendhal et Rue Georges Sand, Immeuble -A- 1er Etage - Maârif - Casablanca  
Tél. 0522 25 83 85 - 05 22 98 93 56

# LABORATOIRE HAIZOUN D'ANALYSES MEDICALES

396 Bd. El Fida 1er étage  
CASABLANCA  
Tél. : 05 22 28 10 61

**Dr HAIZOUN Adil**  
Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Nancy (FRANCE)  
Spécialiste en Biologie Médicale

Casablanca le 11 août 2021

Madame DRISSI OUAFAA

ROYAL AIR MAROC

FACTURE N°	27700
------------	-------

## Analyses :

COVID19 RT PCR avec Ct -----	B	505	Total : B 505
------------------------------	---	-----	---------------

## Prélèvements :

Ecouvillon-----	K	2,5
-----------------	---	-----

TOTAL DOSSIER	701,70 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Sept Cent Un Dirhams et Soixante Dix Centimes

LABORATOIRE HAIZOUN  
D'ANALYSES MEDICALES  
396, Bd. El Fida, CASABLANCA, MAROC  
Tel. : 0522 28 10 61 - GSM : 0686 05 74 73  
E-mail : haizoun.adil@menara.ma



Hématologie - Biochimie - Bactériologie - Mycologie - Parasitologie - Immunologie  
Virologie - PMA (Biologie de la Reproduction : IAC, FIV, ICSI) Cryoconservation

Docteur HAIZOUN Adil  
BIOLOGISTE

- Diplômé de la Faculté de Nancy (France)
- Spécialiste en Biologie Médicale
- Diplôme de Médecine et Biologie de la Reproduction (Paris VI)

Dossier ouvert le : 11/08/21  
Prélèvement reçu à 16:34  
Edition du : 11/08/21

Madame DRISSI OUAFAA

Réf. : 21H1053

Page : 1/1

## BIOLOGIE MOLECULAIRE

**RECHERCHE DE L'ARN DU VIRUS SARS-COV2 PAR RT-PCR (PCR EN TEMPS REEL)**  
(RT-PCR GeneProof SARS-COV-2 kit, 3cibles:Gene RdRp, Gene E, Gene N)

Nature du prélèvement : Prélèvement naso-pharyngé.

Résultat : **Négatif: Absence de détection d'ARN de SARS-CoV-2**

La sensibilité du test RT-PCR pour le SARS-CoV2 varie selon le type de prélèvement et la période à laquelle celui-ci est effectué au cours de la maladie. Un résultat négatif doit être interprété avec prudence et en présence de symptômes évocateurs, une infection à Covid-19 ne peut être totalement exclue.

Le prélèvement naso-pharyngé est réalisé à domicile selon les normes d'hygiène en vigueur. Veuillez contacter le 06 96 05 74 73

**Ouverture :**  
Tous les jours  
de 7h à 19h,  
Samedi  
de 7h à 13h

LABORATOIRE HAIZOUN  
D'ANALYSES MEDICALES  
396, Bd. El Fida, CASABLANCA - MAROC  
Tel. : 0522 28 10 61 - GSM : 0696 05 74 73  
E-mail : haizoun.hadil@gmail.com

Prélèvements à domicile sur rendez-vous