

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 Étage 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° W19-590369

84848

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1640 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : ELHASSOUBI ABDELKRIM
 Date de naissance : 30-06-1953
 Adresse : RES ISMAILIA (B), Apt 13
 PLACE HASSAN II, N. MEKNES-
 Tél. : 06.64.26.31.00 Total des frais engagés : 850,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. AMRANI J. MAJIDA
 RHUMATOLOGUE
 37, Av. Hassan II Ap. 6
 Meknes Tél : 05 35 51 51 95

Date de consultation : 12-06-2021
 Nom et prénom du malade : ELHASSOUBI ABDELKRIM Age : 68ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : TEST PCR
 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 : MEKNES Le : 12-06-2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-590369

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 : 1640
 Nom de l'adhérent(e) : ELHASSOUBI
 Total des frais engagés : DH 850
 Date de dépôt : 29-06-2021

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
12/06/2011	CG	2	50,00	IN: 131011060
				Dr. AMRANI J. MAJIDA RHUMATOLOGUE 37, Av. Hassan II Ap. 6 Meknès Tél : 05 35 51 51 95

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15.06.11	B: 50,5	6,00 DT
INPE: 133001883			

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
				MONTANTS DES SOINS []														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS []														
			DATE DE L'EXECUTION []															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE RHUMATOLOGIE

Docteur Majida AMRANI JOUTEY

SPECIALISTE EN RHUMATOLOGIE
MALADIES DES OS, DES MUSCLES
ET DE LA COLONNE VERTEBRALE

Médecin Expert des Tribunaux

Ex- Médecin Chef du service
de Rhumatologie

Hôpital Moulay Ismail Meknès



الدكتورة مجيدة العمراني الجوتي

اختصاصية في أمراض الروماتزم

العظام والمفاصل

والعمود الفقري

طبيبة محلقة لدى المحاكم

طبيبة رئيسية سابقا بقسم

الروماتزم

بمستشفى مولاي اسماعيل مكناس

Meknès, le 12 JUTN 2021

M EL HASSOUA ABDELKRIM

TEST ICR.



Dr. AMRANI J. MAJIDA
RHUMATOLOGI: E

37 Av. Hassan II Ap 6
Meknes

Tél: 515195

LABORATOIRE CHBICHEB D'ANALYSES MEDICALES

Rue Houcine Ben Ali Résid. Atlas 1er étage Appt 1

(En face de la Gare Amir Abdelkader) MEKNES

Tél : 0535.40.45.26/29 Fax : 0535.40.45.27

T.P N° 17109373 IGR N° 23002701 R.C N° 38862 CNSS N° 6111869

ICE N° 000420697000075 INPE 133001883

FACTURE

N° 2106152148

Nom Prénom : Mr ABDELKRIM 30-06-1953 NQ7928952 EL HASSOUABI

Demande N° : 2106152148



Date de l'examen : 15-06-2021

Prescripteur :

Organisme : COVID19

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	COVID19	B545.5	B

TOTAL B : 545.5

TOTAL DOSSIER : 600 DH

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





مختبر اشبيشيب للتحليلات الطبية Laboratoire Chbicheb d'Analyses Médicales

د. عبد الرؤوف اشبيشيب - طبيب إحيائي Dr. Abderraouf CHBICHEB - Médecin Biologiste



Prélevement du : 15-06-2021

2106152148

Mr EL HASSOUABI ABDELKRIM

30-06-1953 NQ7928952

Référence : 2106152148

Edition : 08-09-2021 à 14:36



Diagnostic du covid -19 par RT-PCR temps reel

CFX 96 – Quant Gene9600)

Qualitatif

Résultat patient :	Négatif
Contrôle positif :	VALIDE
Contrôle négatif :	VALIDE
Contrôle interne :	VALIDE

(Semi)-Quantitatif (C(t))

Résultat patient :	CT gène R,N et E :>45
Contrôle interne :	VALIDE

Conclusion

RT-PCR Sarscov-2 :	Négatif
--------------------	---------

Laboratoire autorisé par le ministère de la santé pour la réalisation des tests RT-PCR. N° autorisation 13826

Compte-rendu annule et remplace le rapport du 15-06-2021

Dr. Abderraouf CHBICHEB

