

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

- 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° W19-590369

84848

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 1640		Société : RAM RETRAITE ABDELKrim	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : ELHASSOUIABI	
Nom & Prénom : ELHASSOUIABI			
Date de naissance : 30-06-1953			
Adresse : RES ISMAILIA (B), APT 13 PLACE HASSAN II N° J.N MEKNÈS			
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 AD. 6 Meknès Tél : 05 35 51 51 95	
Date de consultation : 12/06/2021	Age : 68 ans
Nom et prénom du malade : ELITA SIDI MOUSSA BENABDALLAH	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
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 : MEKNÈS

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
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).	
Matricole : 1640	
Nom de l'adhérent(e) : ELHASSOUIABI	
Total des frais engagés : DH 850	
Date de dépôt : 29-06-2021	

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
15/10/2021	consultation		250 DA	<p>INT : 131011068</p> <p><u>Dr. AMRANI J. MAJIDA</u></p> <p><u>RHUMATOLOGUE</u></p> <p><u>37, AV. Hassan II AD. 6</u></p> <p><u>14 - 05 35515195</u></p>

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
	15.06.85	B. 5W5.	6.000 DT
			INPE : 133001883

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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'ODF.																
	Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>												
				Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>												
				Montants des soins <input type="checkbox"/>												
				Début d'exécution <input type="checkbox"/>												
				Fin d'exécution <input type="checkbox"/>												
				Coefficient des travaux <input type="checkbox"/>												
				Montants des soins <input type="checkbox"/>												
				Date du devis <input type="checkbox"/>												
				Date de l'exécution <input type="checkbox"/>												
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES												
	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433592</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433592	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
	H	25533412	21433592													
	D	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	G															

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 الجوطى
اختصاصية في أمراض الروماتيزم
العظام والمفاصيل
والعمود الفقري
طبيبة م حلقة لدى المحاكم
طبيبة رئيسية سابقا بقسم
الروماتيزم
بمستشفى مولاي اسماعيل مكناس

Meknès, le 12 III 2021

M EL HASSOUA BICABDEL K Rifi

TEST D C.R.



Dr. AMRANI J. MAJIDA
RHUMATOLOGIE
37 ش. Hassan II Ap 6
Meknes Tel : 515195

LABORATOIRE CHBICHEB D'ANALYSES MEDICALES

Rue Hocine 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 اشبيشب للتحاليلات الطبية

Laboratoire Chbicheb d'Analyses Médicales

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



Prélèvement du : 15-06-2021

2106152148

Référence : 2106152148



Edition : 08-09-2021 à 14:36

Mr EL HASSOUABI ABDELKRIM
30-06-1953 NQ7928952



Diagnostic du covid -19 par RT-PCR temps réel

(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

