

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0045425

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R00202 Société : Mupras  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL HADDAD ABAREK  
Date de naissance : 1925  
Adresse : Avenue SANDANE N°21,7 Tabriquet Salé  
Tél. : 0664 991433 Total des frais engagés : 850 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. AMAR Med Fouad  
Avenue Mar V - Zank Salwan n° 74  
Tabriquet - Salé  
MEDECIN ASSERMENTE  
Tél : 06 37 78 62 74

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05 / 08 / 2024  
Nom et prénom du malade : EL HADDAD ABAREK Age : 1925  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Toux + fièvre respiratoire  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

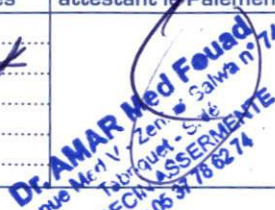
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :  
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
07/08/21	C	1	200	

# 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
	07/08/21	B 512	600

# AUXILIAIRES MEDICAUX

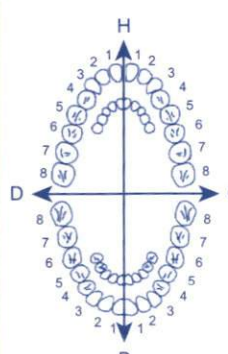
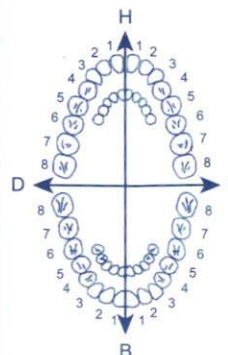
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><td colspan="2">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 colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





# المختبر المركزي للتحليلات الطبية

## LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES

N° 8, Immeuble 54, Rez de chaussée, Avenue Prince  
Sidi Mohamed (Route de Kenitra) - Laghrablia - Salé

Tél : 05 37 78 12 22 / Fax : 05 37 78 12 33

Email: [laboratoirec@gmail.com](mailto:laboratoirec@gmail.com)

### Compte rendu d'analyses



**Dr Smahi Mohammed Naoufel**

Ex. Attaché à l'hôpital Militaire Mohamed V - Rabat  
DIU d'infertilité et PMA (Toulouse - France)

Mr **EL HADDAD M Bark**

Date de naissance : 01/01/1925 (

Code Patient : 17-00146

Réf : 050821-111



Examen du : 05/08/2021

Heure Pvt : 12:13:00

Edité le : 05/08/2021



Page : 1/1

### BIOLOGIE MOLECULAIRE

Recherche par RT-PCR de l'ARN du Virus SARS-CoV-2 /  
SARS-CoV-2 Virus RNA RT-PCR

Origine du prélèvement/Origin of the sample :

Ecouvillon Naso-pharyngé / Nasopharyngeal swab

Recherche/Research :

Négative

Interprétation :

Génome du SARS-CoV2 non détectable /Genome not detectable .





# LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES

N° 8, Immeuble Rizk Allah, Rez de chaussée, Avenue Prince Sidi Mohamed ( Route de Kenitra )  
Hay Laghrablia - Salé  
Tél : 05 37 78 12 22 - Fax : 05 37 78 12 33  
E-mail: laboratoirec@gmail.com

## Facture

Salé , le 05/08/2021

Dossier N° 050821-111 du 05/08/2021

Patient Mme EL HADDAD M Bark

Analyses	Valeur en B
Recherche par RT-PCR de l'ARN du Virus SARS-CoV-2	512
<b>Total en B</b>	<b>512</b>

Prélèvement en DH 15,00 DH

**TOTAL EN DIRHAMS 650,00 DH**

Vérifier la présence facture à la soumission de...

**six cent cinquante Dirhams \*\*\***

