

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 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° W21-662438

92545

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5044 Société : RAN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KERDOUN MOHAMMED
 Date de naissance : 12-06-63
 Adresse : KERDOUN9@GMAIL.COM
 Tél. : 06 61 193876 Total des frais engagés : 673,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. MEDARHRI Jalil, Professeur, Faculté de Médecine, 101701145@gmail.com
 Date de consultation : 27-09-2021
 Nom et prénom du malade : LEILA ABERCHANE Age : 50
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : COVID
 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 : CASABLANCA Le : 16/11/2021
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
27/09/21	L	9		INP : 191107419

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AV. Mohamed VI - Kribia	27.09.21	273.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Ph Bichouk	27.09.2021	B: 400	400,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	27.09.21					

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV: 79DH70
PER: 07/24
LOT: K2111

المملكة المغربية
وزارة الصحة

المركز الاستشفائي العام ابن سينا

PPV: 79DH70
PER: 08/24
LOT: K2148

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina
Hôpital Ibn Sina

مستشفى ابن سينا

٠٠٧١٠٧ ٠١٣ ٠٢٤٠
٠٠٧١٠٧ ٠١٣ ٠٢٤٠
٠٠٧١٠٧ ٠١٣ ٠٢٤٠

27/08/24

14,60

Yum

LEILA ABERCHANE

79.70 x 2

1) Arix 1000

27.70 x 2

2) Cardio Aspirin

15.80 + 14.60

3) Dolip 1000

1 Bnk

4) Uvedok 100.00

40.90 1 Bnk

5) ZINASKIN 45

15.30 1 Bnk

6) vitc 1000

Vita C 1000

PPV 15DH70
EXP 07/2024
LOT 18055 1

ZINASKIN* 45 mg

PPV 40DH90

EXP 08/2024
LOT 15038 92

Professeur
Chirurgie Vis
Faculté de Médecine
101120445
mdaghrijaia@gmail.com

Tél.: +212 537 67 51 55 : الهاتف - E-mail : chu

الفاكس : +212 537 67 51 55

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي الجامعي إبن سينا

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina
Hôpital Ibn Sina



ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵍⴰⵎⴰⵔ ⵏ ⵓⵔⴰⵎⴰⵏ
ⵎⴰⵎⴰⵔ ⵏ ⵓⵔⴰⵎⴰⵏ
ⵎⴰⵎⴰⵔ ⵏ ⵓⵔⴰⵎⴰⵏ ⵏ ⵓⵔⴰⵎⴰⵏ
ⵎⴰⵎⴰⵔ ⵏ ⵓⵔⴰⵎⴰⵏ

28/08/21

Dr. MEDARHRI Jalil
Professeur
de Chirurgie Viscérale
Faculté de Médecine
INP : 101101145
mdaghrijalal@gmail.com



ABERCHANE

test covid
(Recherche de l'ARN du
covid19 par RT-PCR)

Dr. MEDARHRI Jalil
Professeur
de Chirurgie Viscérale
Faculté de Médecine
INP : 101101145
mdaghrijalal@gmail.com



Facture n° 1I10927

RABAT LE : 10/11/2021

Référence: **1I10927**

Analyses effectuées le: 27/09/2021

Matricule:

Pour.....: **Mme ABERCHANE LEILA**

Sur prescription du: Dr

Code.....: 2AP7849



Organisme.....: **LABO IBN SINA**

Bilan:

COVP=B400 PNL=B0

Cotation : (B 400)

Montant Net : 400.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
QUATRE CENTS Dhs 00 Cts

Dr. LATRACHE Abdelhamane
Pharmacien
LABO BIOLAB
INPE : 107159774
Rue Beyrouth, Imm. ESSAADA, Entrée N°4-Rabat
Tél.: 05 37 72 08 35 - Fax : 05 37 72 08 74



Dr A. LATRACHE

Dr A. BELKHAYAT

مختبر التحليلات الطبية بيولاب

BIOLAB

Laboratoire d'analyses médicales et de cytogénétique

Prélèvement du : 27/09/2021 Heure : 13:08

Edition du : 27/09/2021

Référence : 170109273515

Matricule :

LABO IBN SINA

CIN: AB80033 Tél./adresse: 0661193876

Code Patient 2AP7849

du : 27/09/2021

MME ABERCHANE LEILA

Médecin: Dr.

RECHERCHE DE L'ARN DU COVID-19 PAR RT-PCR (GENEPROOF)

(Biologie moléculaire sur automate Z480, et SaCycler)

(Cibles : N, E et RdRp)

Gene N.....: Positif

Gene E.....: Positif

Gene RdRp.....: Positif

Conclusion : Présence d'ARN de SARS-COV-2

SEARCH FOR RNA OF THE SARSCOV2 (COVID 19) BY RT-PCR (GENPROOF)

(Molecular Biology Automat Z480, and Cycler)

(Targets : N, E and RdRp)

Gene N.....: Positive

Gene E.....: Positive

Gene RdRp.....: Positive

Conclusion : Presence of COVID 19 RNA

N.B : Prélèvement non effectué au labo.

Dr. LATRACHE Abderrahmane
Ph Biologiste
LAM BIOLAB
INPE 107159774
Rue Beyrouth - Imm. ESSAADA - Entrée N°4 - Rabat
Tél.: 05 37 72 08 35 - Fax: 05 37 72 08 74



Dr A. LATRACHE

Dr A. BELKHAYAT

مختبر التحليلات الطبية بيولاب

BIOLAB

laboratoire d'analyses médicales et de cytogénétique

Prélèvement du : 27/09/2021 Heure : 13:08

Edition du : 27/09/2021

Référence : 170109273515

Matricule :

LABO IBN SINA

CIN: AB80033 Tél./adresse: 0661193876

Code Patient **2AP7849** du : 27/09/2021

MME ABERCHANE LEILA

Médecin: Dr.

RECHERCHE DE L'ARN DU COVID-19 PAR RT-PCR (GENEPROOF)

(Biologie moléculaire sur automate Z480, et SaCycler)

(Cibles : N, E et RdRp)

Gene N.....: **Positif**Gene E.....: **Positif**Gene RdRp.....: **Positif**

Conclusion : Présence d'ARN de SARS-COV-2

SEARCH FOR RNA OF THE SARSCOV2 (COVID 19) BY RT-PCR (GENPROOF)

(Molecular Biology Automat Z480, and Cycler)

(Targets : N, E and RdRp)

Gene N.....: **Positive**Gene E.....: **Positive**Gene RdRp.....: **Positive**

Conclusion : Presence of COVID 19 RNA

N.B : Prélèvement non effectué au labo.

Dr. LATRACHE Abderrahmane
Ph Biologiste
LAM BIOLAB
INPE : 107159774
Rue Beyrouth, Im. Essada, Entrée N°4, Rabat
Tél.: 05 37 72 08 35 - Fax : 05 37 72 08 74