

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### **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.

## **Déclaration de Maladie**

N° W21-611032

92 916

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Matricule : <b>78050</b>	Cadre réservé à l'adhérent(e) : <b>2AN</b>	Société : <b>YASSIN</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Actif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre :</b>	
Nom & Prénom : <b>BEN MOUSSA YASSIN</b>		Date de naissance : <b>01/08/69</b>	
Adresse : <b>19 Rue du Général Sarrat</b>		Télé. : <b>066140466</b>	
		Total des frais engagés : <b>0 DHS</b>	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation : <b>4 Sept 2021</b>	
Nom et prénom du malade : <b>BEN MOUSSA YASSIN</b>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> <b>Lui-même</b> <input type="checkbox"/> <b>Conjoint</b> <input type="checkbox"/> <b>Enfant</b>
Nature de la maladie : <b>COVID</b>	
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) : 



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
04 Sept 2021	C			INP 031082096

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

ANALYSES - RADIOPHARIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du praticien	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Farid HAKKOU Dr. Abderrahim Boudjedra Oasis - Casablanca 2040 - Tél : 0524 98 1466 Mobile : 0661 10 11 11	17/09/21	B 299 t. P.V.	400,00 D.H.

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

Docteur Anne Lacroix Bensaid

Médecin Généraliste - Urgentiste

Diplômée de la Faculté Necker de Paris

Consultation sur rendez-vous

Visite à Domicile

Tél. : 05 22 29 91 23

Casablanca, le 06.09.2021

الدكتورة آن لكرود بنسعيد

الطب العام - المستعجلات

خريجة كلية نيكرباريس

زيارة بالمولود

فحص منزلي

الهاتف : 05 22 29 91 23

الدار البيضاء، في

H BENHOUSSA Yassir

PCR COVID

Dr Farid HAKKOU  
Laboratoire d'Analyses Biomédicales  
4, Bd Abderrahim Bouabid et Angle Rue Blr  
Hakim, Oasis - Casablanca 20410 - Maroc  
tel : 0522 25 48 98 - Mobile : 0661 10 04 25

Dr Anne LACROIX BENSAYD  
Médecin Généraliste et Urgentiste  
N°ordre : 078 / 03 - ICE : 001939188000002  
645, Rue de Goulmima - Quartier Bourgogne - 1er étage - CASABLANCA 20040  
CNSS : 6633342 - Patente : 35405862 - I.G.R. : 401-07-167 - INP : 091 088 096

645, زنقة گلميمة - حي بورگون - الطابق الأول - الدار البيضاء

645, Rue de Goulmima - Quartier Bourgogne - 1er étage - CASABLANCA 20040

CNSS : 6633342 - Patente : 35405862 - I.G.R. : 401-07-167 - INP : 091 088 096

N°ordre : 078 / 03 - ICE : 001939188000002



LabOasis LABORATOIRE D'ANALYSES BIOMEDICALES  
Pr Farid Hakkou

Laboratoire L'Oasis d'analyses biomédicales. Inscription Ordre des médecins Casa : 22074  
4, Bd Abderrahim Bouabib. Quartier L'Oasis. 20035 Casablanca Téléphone. 0661100425

Casablanca le vendredi 17 septembre Monsieur BENMOUSSA YASSIR

FACTURE N°	1814
Analyses :	
RT_PCR Sars Cov-2 -----	B 299 Total : B 299
TOTAL DOSSIER	400,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Cents Dirhams

Dr Farid HAKKOU  
LabOasis Laboratoire d'Analyses Biomédicales  
4, Bd Abderrahim Bouabib et Angle Rue Bir  
Hakim, Oasis - Casablanca 20410 - Maroc  
Tél. : 0522 25 48 98 - Mobile : 0661 10 0425



LABORATOIRE D'ANALYSES BIOMÉDICALES  
°٣٠°٥٢ ٩٧٠٩٤ | ٤٢٩٣٢ | ٦٧٥٤  
مختبر التحاليل الطبية

**Horaire de travail**

Du lundi au vendredi :  
de 7h30 à 19h

Le samedi de 7h30 à 15h  
.....

Prélèvement à domicile  
sur rendez Vous :  
05 22 25 48 98  
GSM : 06 66 88 83 08  
.....

Pr Farid Hakkou  
Médecin biologiste

Dossier ouvert le : 17/09/21

Prélèvement effectué à 10:32  
Edition du : 17/09/21 à : 15:56



Monsieur BENMOUSSA YASSIR

DDN : 09/08/1969  
CIN:A359238

Réf. : 21I309

Page : 1/1

BIOLOGIE MOLECULAIRE

*Molecular Biology - Biologia Molecular*

**DETECTION PAR AMPLIFICATION RT-PCR du Sars-Cov-2 (Covid 19)**

***Detection test for Sars-Cov-2 virus (Covid 19) by RT-PCR***

(PCL COVID19 Speedy RT-PCR)

**PRÉLÈVEMENT -----:** Naso-pharyngé  
**Sample -----:** Naso-pharyngeal

**RÉSULTAT / TEST RESULT -----:** RT\_PCR positif

**CONCLUSION -----:** Détection de SARS\_COV2 (Covid19)

Les données vous concernant en lien avec l'épidémie de Covid 19 sont enregistrées dans le Système National du Ministère de la Santé Publique.

Dr Farid HAKKOU  
Laboasis Laboratoire d'Analyses Biomédicales  
4, Bd Abderrahim Bouabid et angle Rue Bir Hakim, Oasis - Casablanca 20410 - Maroc  
Tél.: 0522254898 - GSM : 0666888308 - Mobile : 0661100425