

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

- Reclamation : 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° W21-679614

Par courrier
204899

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8495

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0665 238546

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



MINISTÈRE DE LA JEUNAISE ET DES SPORTS
DR. VINY MARI

Date de consultation : 03/01/2012

Nom et prénom du malade : OUISSA B. HAJ

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-679614

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



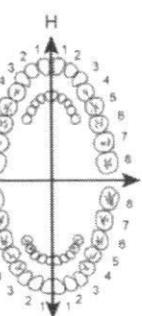
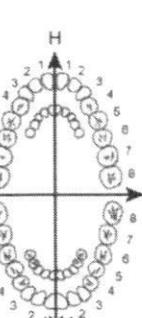
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachez la signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 HONORAIRE																			
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 in various quadrants)	Nature des Soins (List of treatment types: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	Coefficient (List of coefficients: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	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"/>															
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE 															
				<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553
				H	G														
				25533412	21433552														
				00000000	00000000														
D	B																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> 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																			



Date : 03/01/2022

ORDONNANCE

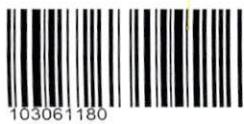
OUISSAL HAJE

foré SWP

en PCR

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
DÉPARTEMENT D'ORGANISATION DES JEUX AFRICAINS
DU MAROC

COMITÉ D'ORGANISATION DES JEUX AFRICAINS - RABAT 2019
Ministère de la Jeunesse et des Sports du Royaume du Maroc
Avenue Ibn Sina, Rabat-Agdal - Maroc • Tel : 00 212 5 37 27 14 16
Email : sp.cojar@gmail.com



103061180

FACTURE N° : 2201032023

Rabat le 03-01-2022

Mme OUISSAL HAJI

Date de l'examen : 03-01-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Recherche de l'ARN du Coronavirus SARS-CoV2	B400	B

Total des B : 400

TOTAL DOSSIER : 400 DH

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

Numéro d'autorisation : 9273 - INPE : 103061180 - Patente : 58138 - ICE : 00183842600017
RIB : 011.810.0000.14.200.00.06255.24

ImmCell
Centre de Biologie Médicale de Rabat
55, Avenue Ibn Sina, Agdal, Rabat
Tél.: 05 37 67 42 72 - Fax : 05 37 67 43 12
Email : secretariat@immcell.com

Prélèvement du : 03-01-2022
Références : 2201032023
Edition : 11-02-2022

Mme HAJI OUISSAL
Date de naissance : 19-07-1969
Age : 52 ans
Code Patient : 2201032023
Médecin : Check-up



VIROLOGIE MOLECULAIRE – MOLECULAR VIROLOGY

Recherche de l'ARN du Coronavirus SARS-CoV2 (COVID-19) par RT-PCR en temps réel.

CIN: A322938

Nature du prélèvement: Ecouvillon Nasopharyngé
Heure de prélèvement: 15:28

Recherche d'ARN SARS-CoV-2: RECHERCHE POSITIVE
(Novel Coronavirus (2019-nCoV) Nucleic Acid Diagnostic Kit, Sansure Biotech)

SARS-CoV2 (COVID-19) RNA Screening by Real Time RT-PCR.

ID: A322938

Sampling: Nasopharyngeal Swab
Time of sampling: 15:28

SARS-CoV2 RT-PCR Result: POSITIVE RESULT
(Novel Coronavirus (2019-nCoV) Nucleic Acid Diagnostic Kit, Sansure Biotech)

Un résultat négatif ne présage pas de la possibilité de développement d'une infection dans les jours qui suivent le prélèvement.
Un contrôle d'un résultat négatif peut s'avérer nécessaire selon l'évolution de la situation clinique ou en cas de forte suspicion initiale.

Demande validée biologiquement par : Dr. Yassine TAOUIFIK


IMMCELL
مختبر التحاليلات الطبية
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Y. TAOUIFIK
55, Avenue Ibn Sina, Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 67 42 72 - Fax : 05 37 67 43 12
Email : secretariat@immcell.com