

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-557249

19.5656

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 3674 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KELLAR ROHANE

Date de naissance : 6-9-61

Adresse : DOUAR CHARGOT - SAHAR - BETRECHID

Tél. : 366116284 Total des frais engagés : 44500 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10-06-2022

Nom et prénom du malade : BOUAFIA BOUAFIA Age : 55

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : CONDI9

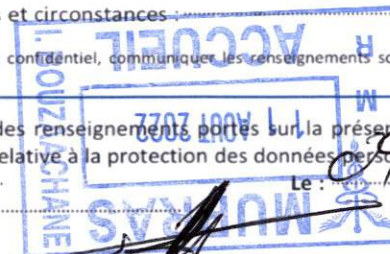
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 09/07/2022

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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

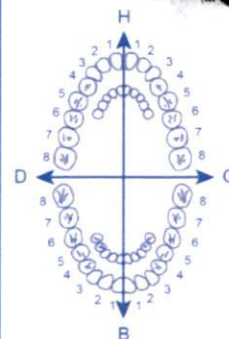
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

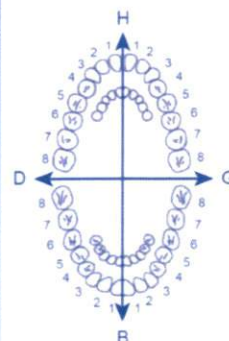
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

N° 11103\*02

Joindre à cette feuille la prescription des actes

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) ET LE MALADE (1)

Numéro d'immatriculation

Nom - Prénom

(suivi, s'il y a lieu,  
du nom d'usage)

ADRESSE

BOUAJAJ BERRADA Tourya Née: BOUAJAJ

49 ROUTE DE LA CHABURE

42400 ST CHAMOND

CODE ORGANISME AFFILIATION

Nom et Adresse

de l'organisme

de paiement

Ne remplir qu'en cas d'accord entre mutuelle et régimes obligatoires

S'agit-il d'un accident

OUI Date

X

NON

Si le malade est PENSIONNE DE GUERRE et si les soins  
concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)

CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Nom et Adresse

de l'organisme

complémentaire

NOM

Prénom

Date de naissance

## PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

## IDENTIFICATION DU LABORATOIRE

LABM SAINT CHAMOND

30-Biologie conventionné

Selas Dyomedeia Neolab

Place Plaisance

42400 SAINT CHAMOND

=&gt; 42 3 721 04 2 00 1 23 2 39

NOM - Prénom - Qualité (du directeur ou du directeur adjoint autorisé à les effectuer)

PRESCRIPTEUR : NOM et N°

AMELI COVID Sans ordonnance

291991453

Nom et qualité de l'exécutant des actes de prélèvement

CABRET Laurence

X

MALADIE MATERNITE ACCIDENT DU TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE

Indiquer la date prévue de l'accouchement ou la date de l'accident

## ACTES DE PRELEVEMENT

## FRAIS ACCESSOIRES

Date d'exécution des actes	Cotation des actes suivant nomenclature 1	Montant des actes 2	Majorations (nuit, dimanche jour férié) 3	Montant du dépassem. (DE) 4	Montant total des actes de prélèvement 5(2+3+4)	I.F. ou I.F.D. 6	I.D. 7	I.K. Nombre 8	Montant 9	Dépassement D.D. 10	Total des frais de déplacement 11

## ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

## ACTES EFFECTUES

Remboursement inférieur à 100 %	Remboursement à 100 %	Montant des actes hors nomenclature	Montant des actes effectués y compris les suppléments 12	Montant du dépassement D.E. 13
0	0	44.00	44.00	
			<b>TOTAL * (5+11+12+13)</b>	
			44.00	€
			Part organisme obligatoire	
			Part organisme complémentaire	0.00
			Part assuré	
			0.00	44.00
			Date de la prescription	Date d'exécution des examens
			10-06-2022	10-06-2022

Suppléments nuit, dimanche et jour férié

TOTAL DES COEFFICIENTS

NOM et N° du laboratoire transmetteur (à indiquer par le laboratoire exécutant)

## REMBOURSEMENT

AU LABORATOIRE

Cachet « tiers payant »

A L'ASSURE (E)

VIREMENT A UN COMPTE POSTAL, BANCAIRE OU D'X CAISSE D'EPARGNE. Lors de la première  
demande de remboursement, joindre le relevé d'identité correspondant.

AUTRE MODE DE PAIEMENT

Le remboursement des prestations de l'assurance maladie  
exige le réenregistrement des données codées relatives aux  
actes effectués et aux prestations servies. La Loi  
« Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 s'applique  
aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit  
d'accès et de rectification pour les données vous  
concernant auprès de votre organisme d'assurance  
maladieSignature  
de l'assuré(e)Signature du Directeur  
du laboratoire attestant  
l'exécution des actes et  
le cas échéant le paiement

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal)

(1) se reporter à la carte d'assurance maladie (et pour les renseignements n'y figurant pas, à remplir selon les indications du malade)

FB01-02 UCANSS Edition 02/03 S 3131e

SAINT CHAMOND - Place Plaisance - 42400 SAINT CHAMOND

Tel : 04 77 29 21 30 - Fax : 04 77 22 98 95

Dont patient :

Mme BOUAJAJ BERRADA-BOUAJAJ Tourya  
49 ROUTE DE LA CHABURE

42400 ST CHAMOND

Dossier : SC220610084 du 10-06-2022

Correspondant : BIOCOVID

## NOTE HONORAIRE EN EUROS

D&eacute;placements	0.00	
Pr&eacute;al&eacute;vements	0.00	
Nomenclature	0.00	
Examens non rembours&eacute;s	44.00	44.00
Examens transmis	0.00	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>44.00</b>	<b>44.00</b>
TOTAL OP1 () %	0.00	
TOTAL OP2 () %	0.00	

Mme BOUAJAJ BERRADA-BOUAJAJ Tourya (09-05-1957)

Reste à payer

44.00

**b**

Patient se présentant  
sans ordonnance pour  
test PCR COVID-19

# LABORATOIRE SAINT CHAMOND

Place Plaisance

42400-SAINT CHAMOND

Tel : 04.77.29.21.30 - Fax : 04.77.22.98.95

Selas Unilans Biogroup RCS : 408 395 968 00492

<https://biogroup.fr/biogroup-aura/>

Mme Tourya BOUAJAJ BERRADA (Née  
BOUAJAJ)

Né(e) le : 09-02-1957 Sexe : F

Dossier N° : SC220610084

Prélevé le 10-06-2022 09:21

Prescrit par : Dr Sans ordonnance AMELI COVID

Date de l'examen : 10-06-2022

Compte-rendu édité le 10-06-2022 à 18:05

**BIOCOVID**

MAIN PROPRE, A MALEP

Mme Tourya BOUAJAJ BERRADA  
49 ROUTE DE LA CHABURE  
42400 ST CHAMOND

## BIOCOVID

### Détection du SARS-CoV-2 (Covid-19) par RT-PCR.

MGI Easy Extraction for Viral DNA RNA by Magnetic Beads

ID SARS-CoV-2/Influenza Triplex

Origine du prélèvement  
SARS-CoV-2 (gènes N et RdRP)

Naso-pharyngé  
Positif

Conclusion

**Recherche positive. Résultat compatible avec une  
excrétion virale significative, à interpréter selon la  
symptomatologie. Ce profil correspond à une  
infection active.**

*Positive research. Result compatible with significant viral  
excretion, to be interpreted according to the  
symptomatology. This profile corresponds to an active  
infection.*

Les données vous concernant collectées dans le cadre du présent examen biologique, en lien avec l'épidémie du Covid19, sont enregistrées dans le système d'information national dénommé SI-DEP, mis en œuvre par la Direction Générale de la Santé du ministère chargé de la santé. Ce traitement d'intérêt public a pour finalité de centraliser les résultats d'examens de dépistage Covid19 en vue de leur utilisation à des fins d'enquête sanitaire, de surveillance épidémiologique et de recherche via la plateforme des données de santé. Pour plus d'informations sur ce traitement et vos droits : consultez le site du ministère de la santé (<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>). Pour exercer vos droits (accès, rectification, limitation, voire opposition), nous vous invitons à contacter l'adresse postale "Correspondant à la protection des données - Direction Générale de la Santé (DGS) - ministère des solidarités et de la santé - 14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP" ou l'adresse électronique [sidep-rgpd@sante.gouv.fr](mailto:sidep-rgpd@sante.gouv.fr).

**Mon test est positif**

- Je m'isole immédiatement
- La durée d'isolement et les consignes sanitaires dépendent de votre statut vaccinal. Consultez le site Ameli.
- Je liste les personnes contact
- Je téléphone à mon médecin si j'ai des doutes ou des symptômes inhabituels, et si j'ai des difficultés à respirer j'appelle le 15

Pour toute information complémentaire : <https://mesconseilscovid.sante.gouv.fr/#introduction> (données Ministère des solidarités et de la Santé)





**BIOGROUP**  
biologie médicale

**LABORATOIRE SAINT CHAMOND**

**Place Plaisance**

**42400-SAINT CHAMOND**

Tel : 04.77.29.21.30 - Fax : 04.77.22.98.95  
Selas Uniliens Biogroup RCS : 408 396 968 00492  
<https://biogroup.fr/biogroup-aura/>

**Mme Tourya BOUAJAJ BERRADA**  
**49 ROUTE DE LA CHABURE**

**42400 ST CHAMOND**

Réf. du dossier :  
2022  
SC220610084

SAINT CHAMOND, le Vendredi 10 Juin

**FACTURE ACQUITTEE**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous adressons le justificatif de paiement de nos honoraires.

Dossier

Demande N° SC220610084  
Date de l'examen : 10-06-2022

N° SS de l'assuré(e) :  
Né(e) le : 09-05-1957

**Récapitulatif des honoraires :**

Patient	Sécurité Sociale	Mutuelle
44.00	0.00	0.00

- Analyses cotées en B :
- Total des B : 0
- Montant hors nomenclature : 44.00 Euros

En vous remerciant, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.