

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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W21-612652

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0735 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Ref: P.N.C

Nom & Prénom : Chihag Meriam

Date de naissance : 11.04.64

Adresse :

Tél. : 061838376 Total des frais engagés : 500 Dhs

Cachet du médecin : 28 AVR. 2021

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP :

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
	26/01/21		500,00 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

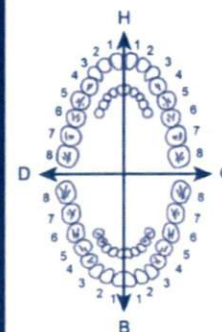
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



SOS URGENCES SARL

ORDONNANCE

26/01/2021

Chihaby. TERIAN

Test PCR.

~~Sos Urgences sarl
26 Av Mers Sultan Etg 1
Appt. 3
06 40 62 42 16~~

Sos Urgences –Sos Médecins –Ambulances – Soins à Domicile

SOS URGENCES- ADRESSE 26 AVENUE MERS SULTAN ETAGE 1 APPT 3
RC 393437 - PATENTE 34172131 - ICE 00200376000047 – IF 14402951

24/24 H - Tél 06 40 62 42 16



Laboratoire

BIOLOG SAAD EL KHAIR

d'Analyses Médicales et Biologie de la reproduction

مختبر بيولوج سعد الخير للتحاليل الطبية

Biochimie clinique
Bactériologie médicale
Hématologie clinique
Immunologie
Auto-immunité

Hormonologie - Oncologie
Parasitologie - Mycologie
Virologie médicale
Biologie de la reproduction
Biologie moléculaire

CODE INPE:



* 0 9 7 1 6 3 1 8 2 *

Date du prélèvement : 26/01/2021 à 10:36

Code patient : 210126-0109

Né(e) le : 11/04/1964 (57 ans)

Mme Meriam CHIHABY

Dossier N° : 210126-0109

Prescripteur :



AMPLIFICATION GENETIQUE ET HYBRIDATION MOLECULAIRE

Détection du génome d'un agent infectieux ou parasitaire

Recherche du génome du SARS-Cov-2 (COVID-19) par RT-PCR :

Nature du prélèvement :

Naso-pharyngé

Résultat :

(Technique RT-PCR : Agilent ARIA MIX & MIC PCR)

Positif : Génome du SARS COV-2 détecté

Valeur Ct. (Cycle threshold) :

14,23 cycle

(>38,00)

Commentaire:

Au vu de la prévalence actuelle de circulation du virus et les données publiées à ce jour concernant la sensibilité des tests, un résultat négatif doit être interprété avec prudence.

En présence de symptômes, le maintien des mesures de protection reste recommandé.

Validé par : Dr Youssef ZIANE



LABORATOIRE BIOLOG

D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION

14-16, RDC Bd HH24, Lot. Saâd El Khair - Hay Hassani Casablanca
Tél: 05 22 90 05 04 / 14 04 - Fax: 05 22 90 12 22 - email: lab.biolog@gmail.com
CNSS-8871479 - IF-40497439 - PATENTE-37989126
ICE : 000064466000083

Dr Youssef ZIANE

Directeur Biologiste Médical

Diplômé de la Faculté de Médecine et Pharmacie de Rabat

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier - France

Code INPE: 097163182



Organisme : SOS URG

Casablanca, le : 26/01/2021

FACTURE N° : 210004617

Nom et Prénom : Mme Meriam CHIHABY

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Frais Prélèvement	B17	B
	Recherche Sars-CoV-2 par PCR	B600	B

Total des B : 617

Montant total de la facture : 500.00Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cents dirhams s.

NB : Tout changement de la date de la facture est non permis (veuillez respectez les délais de dépôt de vos dossiers médicaux auprès de votre assurance)

