

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ 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.

N° W19-528595

ND: 43933 CA

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	8372	Société :	RAN
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ATBIB Fouzi			
Date de naissance : 01/01/1966			
Adresse : 7 Rue Hassan II ADDINE IN A App 12			
Tél. : 066 846 6000		Total des frais engagés : 600 DH Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 deux numéros 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, et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
Fait à :  
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
				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
	05.10.20	PCR + Sérologie	600,00 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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"/>	
D.O.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	26633412	21433552			
	00000000	00000000			
D	00000000	00000000			
	35533411	11433553			
	G				
	B				
	[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

Spécialités

Cytogénétique  
Biologie moléculaire  
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire  
Biologie médicale  
Anatomie pathologique

## FACTURE N° : 56554 / 20

Dossier réalisé le : 05/10/20 11:06

A l'attention de : **Mme ATBIB FOUZIA**  
Identifiant du patient : **20K0004411**

### Analyses :

COVID-19 - PCR	B 500	500,00 DHS
COVID-19 - Sérologie	B 100	100,00 DHS

Total dossier : **600,00 DH**

Arrêté la présente facture à la somme de :  
**SIX CENTS DIRHAMS**

La...  
Laboratoire national  
de référence



*Horaire*  
Lundi-Vendredi (07h30 à 20h00)  
Samedi (07h30 à 15h00)  
Téléphone : +212 529 05 02 31  
Email : lnr@fckm.ma

**Externe**

Dossier : C20104511

Dossier : **C20104511**

de : **ATBIB FOUZIA**

IPP : **20K0004411** Date de naissance : **01/01/1966**

**Analyses** : COVID-19 - PCR - COVID-19 - Sérologie

## Reçu de caisse

Numéro	Intitulé	Date encaissement
C20104511	ATBIB FOUZIA	05/10/2020 11:09

Mode paiement	Numéro de quittance	Montant Dhs
Espèce	47699	600.0
<b>Total payé</b>		600.0

Reçu établi par : HAFID Ahmed

Pour information, les résultats des analyser sont à récupérer après 48h du prélèvement au niveau du chapiteau de 9h00 à 16h00  
merci de vous munir de votre pièce d'identité et du présent reçu de caisse

Identifiant du patient : 20K0004411

Date de naissance : 01/01/1966

Sexe : F

Date de l'examen : 05/10/2020

Prélevé le : 05/10/2020 à 11:04

Edité le : 05/10/2020 à 19:51

**Mme ATBIB FOUZIA**

Dossier N° : C20104511

**DÉPISTAGE ET SUIVI DU COVID-19****SÉROLOGIE**

(Chimiluminescence)

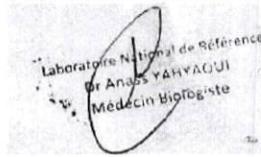
Anticorps totaux	:	NEGATIF
Titre	:	0.057 COI
CONCLUSION	:	Absence d'anticorps anti-SARS CoV2.

En raison du délai d'apparition des anticorps à la suite d'un contact avec le virus, un test négatif n'exclut pas une contamination.

Seule la recherche du virus par RT-PCR permet de confirmer la présence du virus chez un individu.

Le 05/10/2020 à 19:51  
Signature

Pr. YAHYAOUI Anass

**Laboratoire National de Référence**

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

**Spécialités**

Cytogénétique  
Biologie moléculaire  
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire  
Biologie médicale  
Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 20K0004411

Date de naissance : 01/01/1966

Sexe : F

Date de l'examen : 05/10/2020

Prélevé le : 05/10/2020 à 11:04

Édité le : 05/10/2020 à 20:52

Mme ATBIB FOUZIA

Dossier N° : C20104511

**DÉPISTAGE ET SUIVI DU COVID-19****BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

(Recherche qualitative de l'ARN du SARS-CoV-2, PCR en temps réel)

Nature du prélèvement	:	Ecouvillon oropharyngé
CONCLUSION	:	ARN viral du SARS-CoV-2 négatif



Le 05/10/2020 à 20:52

Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila



Hôpital Charles Khélifa Ben Zaid  
Prof. Jalila EL BAKKOURI  
Médecin biologiste

**Laboratoire National de Référence**

Boulevard mohamed Taïeb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma .  
Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.