

# 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W19-554505

ND45019

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matriecule :

5775

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

fit a Hej ISmail

Date de naissance :

Dr Berger Rue Koutoubia 2011

Adresse :

Mousin . Naouf ex. Cebol

Tél. :

0676092621

Total des frais engagés :

768,30

Dh:

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

fit a Hej 44/09

Age :

Nom et prénom du malade :

fit a Hej 44/09

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

fit a Hej 44/09

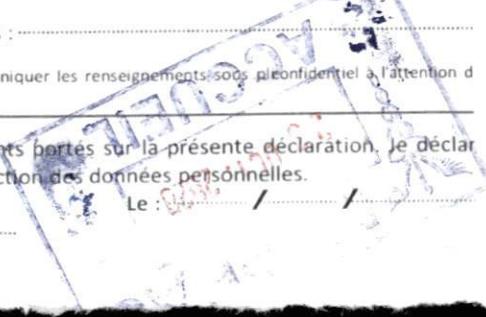
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



## **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"/>                                     |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date    | Montant de la Facture |
|---|---------|-----------------------|
| Pharmacie<br>19, Bd. Moulay Ismaïl<br>CASABLANCA<br>Tunisie - 0522 21 07 03<br>S.LALLALI Naoual | 7/10/20 | 168,30                |

Cachet et signature  
Laboratoire et du Radiod

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue                               | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 05.10.20 | PCR<br>Sérologie             | 600,00 DH              |

**Cachet et signature  
du Particien**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODI.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | -        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
|          | R        |

#### [Création, remont, adjonction]

#### Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

|       |                        |  |
|-------|------------------------|--|
| <br>B |                        |  |
|       | DATE DU<br>DEVIS       |  |
|       | DATE DE<br>L'EXECUTION |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ministère de la santé  
Région CASA-SETTAT  
Hôpital de COMPAGNE - CASABLANCA



وزارة الصحة  
جهة الدار البيضاء - سطات  
المستشفى الميداني بالدار البيضاء

ORDONNANCE

21-10-2020  
Ainol Ait Hay,

0 HYDROXYCHLOROQUINE 200 Mg  
1 comprime \*3/Jr Pendant 7 Jours

79,70 ~~ORDRE DU MEDECIN~~  
Azithromycine 500 Mg

1 comprime premier jour

1/2 COMPRIME \* 1 FOIS/ JOUR PENDANT 6 JOURS

SMECTA  
1 SACHET/Jr PENDANT 3 Jours

OMEПRAZOLE 20 Mg  
1 COMPRIME/ Jr PENDANT 7 jours

19,60 ~~ORDRE DU MEDECIN~~  
PARACETAL 1000  
Vitamine c 1000Mg

1 COMPRIME/ Jr PENDANT 10 jours

69,00

ZINASKIN ~~ORDRE DU MEDECIN~~  
1 COMPRIME/ Jr PENDANT 10 jours

168,30

~~ORDRE DU MEDECIN~~  
NISENTIF

Pharmacie La Corniche  
319, Bd. Moulay Youssef  
CASABLANCA  
TelFax : 05.22.27.67.03  
EL ALLALI Naoual

Identifiant du patient : 20K0004165

Date de naissance : 26/11/1996

Sexe : F

Date de l'examen : 05/10/2020

Prélevé le : 05/10/2020 à 09:35

Édité le : 05/10/2020 à 22:03

**AITELHAJ HIND**

Dossier N° : C20104248



## 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 positif. |

### SÉROLOGIE

(Chimiluminescence)

|                  |   |                                     |
|------------------|---|-------------------------------------|
| Anticorps totaux | : | NEGATIF                             |
| Titre            | : | 0.055 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 22:03

Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila

### 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

**FACTURE N° : 56375 / 20**

**Dossier réalisé le : 05/10/20 09:38**

A l'attention de : **AITELHAJ HIND**

Identifiant du patient : **20K0004165**

**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**

Signature :  
Laboratoire National  
de Référence

Dossier : **C20104248**  
de : **AITELHAJ HIND**  
IPP : **20K0004165** Date de naissance : **26/11/1996**  
**Analyses :** COVID-19 - PCR - COVID-19 - Sérologie

## Reçu de caisse

| Numéro    | Intitulé      | Date encaissement |
|-----------|---------------|-------------------|
| C20104248 | AITELHAJ HIND | 05/10/2020 09:42  |

| Mode paiement     | Numéro de quittance | Montant Dhs |
|-------------------|---------------------|-------------|
| Espèce            | 47551               | 600.0       |
| <b>Total payé</b> |                     | 600.0       |

Reçu établi par : YAACOUBI Lamiaa

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