

# 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° W19-576103

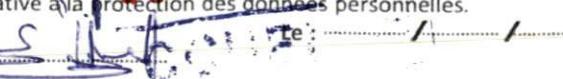
46751

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5855	Société : R A M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : CHOUKAILI Md ABDLINE			
Date de naissance : 16 07 1953			
Adresse : 23 Rue PEASIAS, Quartier Brigna, Maast			
Tél. : 06 61 60 70 66	Total des frais engagés : 500,- 183/40 683/40		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 12/12/2012			
Nom et prénom du malade : KHAIDER fatima Age: .....			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfan
Nature de la maladie : TEST Covid			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>MUPRAS</b>			
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 dans la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 05 NOV 2020

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
26.11.2020	C2 = 2	<i># 20111997</i>	INP : 091111997	

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05.11.2020	A = 2	<i>Docteur Leila PNEUMOPATHOLOGIE</i>	INP : 091111997	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Comptoir	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE LA GARE</i>	05/11/2020	18340

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

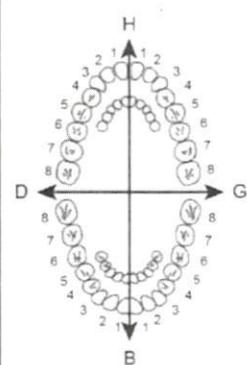
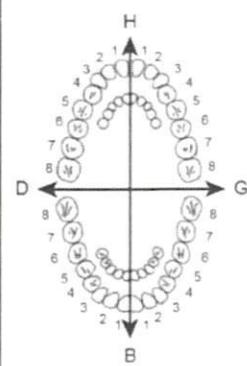
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>090061862 Laboratoire de référence</i>	26.11.2020	PCR	500,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

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

 <b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411	
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	00000000	11433553											
G	35533411												
													
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>													
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE</b>													
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>													
<b>MONTANTS DES SOINS</b>													
<b>DEBUT D'EXECUTION</b>													
<b>FIN D'EXECUTION</b>													
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>													
<b>MONTANTS DES SOINS</b>													
<b>DATE DU DEVIS</b>													
<b>DATE DE L'EXECUTION</b>													

# Docteur Leila MEJDI

Spécialité des maladies du Poumon

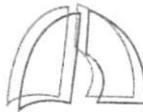
Diplômée de l'Université «Caen» France

Maladies Respiratoires - Asthme

Tuberculose - Allergies Respiratoires

Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Branchoscopie - Radiographie



الدكتورة ليلى مجدي

اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي

خريج الكلية الطبية (كان) بفرنسا

أمراض الرئة - الصيغة - الحساسية

السل - فحص الوظيفة التنفسية

التنبظير القصبي - الفحص بالأشعة

PHARMACIE NARJIS  
141, Bd Yacoub El Mansour  
Tel: 0522 25 00 74/0522 99 39 86  
Casablanca le :

05.11.2020.

R-KHIDER  
Fatima

7902

1/ Oroxyl 500 mg

N° 21 Farantel Des esp (singule)  
1 cp 3 fois/j Vite expirer

7930 31 Vite cessez sans suite  
1 cp

4/ Supradry ne sans suite  
S: 1 cp

7902 1 cp (5)

PPC: 79,00 DH  
LOT: CB00399  
EXP: 06/2022

Docteur Leila MEJDI  
PNEUMOPHTASIOLOGUE  
Résidence Zarka  
Boulevard Mounir  
Casablanca  
05 22  
Rue d'Auvergne N° 25

PARANTAL® 20 COMPRIMES  
PPV 10DH10 EXP 02/2023  
LOT 01021 3

**OROXYL®**

Promoplus Pharma

PPC = 79,00 DH

قة دوفيرن  
05 22 25  
ce ZARKA -  
étage - Ap. N°  
PPV 15DH80  
EXP 08/2023  
LOT 09030 11

مسنون ررقاء - 7  
الطبق الأول - رقم : 1 - المعاد  
Mounir et Rue d'Auvergne  
25 64 70 - Casablanca

**Docteur Leila MEJDI**

Spécialité des maladies du Poumon

Diplômée de l'Université «Caen» France

Maladies Respiratoires - Asthme

Tuberculose - Allergies Respiratoires

Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Branchoscopie - Radiographie



**الدكتورة ليلى مجدي**

اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي

خريج الكلية الطبية (كان) بفرنسا

أمراض الرئة - الصيغة - الحساسية

السل - فحص الوظيفة التنفسية

التنبظير القصبي - الفحص بالأشعة

Casablanca le :

24.11.2020

Dr KHIDER Fatima

Biologie moléculaire du Covid 19  
et détection de l'ARN SARS-  
CoV.2  
PCR en temps réel  
(prélèvement oropharyngé)

  
**Docteur Leila MEJDI**  
**PNEUMOPHTSICOLOGUE**  
Résidence ZARKA 117, Angle Mounir  
et Auvergne 1er Etage N° 1 - Casablanca  
Tél. : 05 22 25 64 70

عمراء الزرقاء - 117، زنقة ابن منير وزنقة دوفيرن  
الطابق الأول - رقم : 1 - المعاريف - الهاتف : 70 25 64 05 - الدار البيضاء

Résidence ZARKA - 117, Angle Rue Ibnou Mounir et Rue d'Auvergne  
1er étage - Ap. N° 1 - Maârif - Tél.: 05 22 25 64 70 - Casablanca

*Spécialités*

Cytogénétique  
Biologie moléculaire  
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire  
Biologie médicale  
Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 20K0024199

Date de naissance : 24/02/1963

Sexe : F

Date de l'examen : 26/10/2020

Prélevé le : 26/10/2020 à 11:26

Édité le : 27/10/2020 à 13:14

Mme KHIDER FATIMA

Dossier N° : C201025501



## 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

Laboratoire national  
de référence

Le 27/10/2020 à 13:14

Signature

Dr. RAZIK Nadia

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, anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre laboratoire.

Dossier : **C201025501**  
de : **KHIDER FATIMA**  
IPP : **20K0024199** Date de naissance : **24/02/1963**  
Analyses : COVID-19 - PCR

## Reçu de caisse

Numéro	Intitulé	Date encaissement
C201025501	KHIDER FATIMA	26/10/2020 11:34

Mode paiement	Numéro de quittance	Montant Dhs
Espèce	62009	500.0
<b>Total payé</b>		500.0

Reçu établi par : OUAHI Rachid

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



## *Spécialités*

Cytogénétique  
Biologie moléculaire  
Dépistage néonatal-prénatal

*Biologie cellulaire*  
*Biologie médicale*  
*Anatomie pathologique*

**FACTURE N° : 71417 / 20**

Dossier réalisé le : 26/10/20 11:29

A l'attention de : **Mme KHIDER FATIMA**

Identifiant du patient : **20K0024199**

### **Analyses :**

**COVID-19 - PCR** B 500 500,00 DHS

Total dossier : 500,00 DH

**Arrêté la présente facture à la somme de :**

## CINQ CENTS DIRHAMS

Laboratoire National  
de Référence