

# 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-576103

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5855 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHOUKAILI Mohamed

Date de naissance : 16 01 1953

Adresse : 23 Rue PASCAL, Quartier Bourg, Maarif

Tél. : 06 61 60 70 66

Total des frais engagés : 500,00

183,40

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1

Nom et prénom du malade : K HIDEZ Fatma Age: 54

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

Nature de la maladie : TEST CORD

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué 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. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 15 NOV 2020

Signature de l'adhérent(e) : S. HIDEZ

## 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.

# 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
04.11.2020	C2 = G	# 2016		INP : 091111997
05.11.2020	C2 = G	cmh/f		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05	18340

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

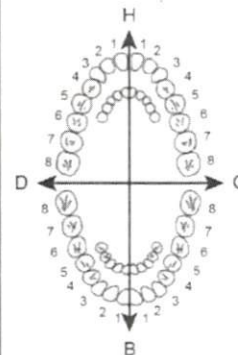
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
09006862	26/10/2020	PCR	500.00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

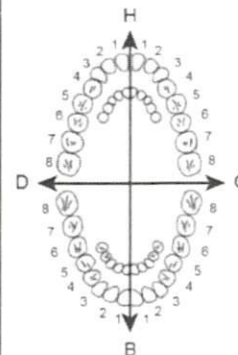
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT 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'EXE



# 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

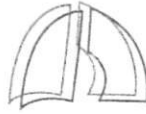
إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي

خريج الكلية الطبية (كان) بفرنسا

أمراض الرئة - الضيقة - الحساسية

السل - فحص الوظيفة التنفسية

التنظير القصبي - الفحص بالأشعة



05.11.2020.  
N° KHIDER Fatima  
Casablanca le :  
Tél.: 0522 25 00 74 / 0522 99 39 88  
141, Bd. Yacoub El Mansour  
PHARMACIE NARJIS  
مستشفى ناريس

7900

1/ Oroxyl spray

2/ Parantel 200 ep (single)

3/ Vit C 1000 sans sucre

4/ Supradine sans sucre

7900 1 ep (5)

1840

**OROXYL®**

Promopius Pharma

PPC = 79,00 DH

قوة دوفيرن  
05 22 25  
ce ZARKA -  
tage - Ap. N°

**Vita C 1000®**

PPV 15DH80  
EXP 08/2023  
LOT 09030 11

Docteur Leila MEJDI  
PNEUMOPHYSIOLOGUE  
Résidente Zarka  
Casablanca  
05 22 25 00 74

**PARANTAL® 20 COMPRIMES**

PPV 10DH10  
EXP 07/2023  
LOT 01021 3

طابق الأول - رقم : 1 - المعارف  
Mounir et Rue d'Auvergne  
2 25 64 70 - Casablanca

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

## Docteur Leila MEJDI

Spécialité des maladies du Poumon

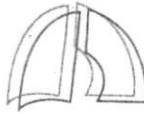
Diplômée de l'Université «Caen» France

Maladies Respiratoires - Asthme

Tuberculose - Allergies Respiratoires

Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Branchoscopie - Radiographie



## الدكتورة ليلى مجدي

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي

خريج الكلية الطبية (كان) بفرنسا

أمراض الرئة - الضيقة - الحساسية

السل - فحص الوظيفة التنفسية

التنظير القصبي - الفحص بالأشعة

Casablanca le : 24.11.2020

M<sup>re</sup> KHATER Fatima

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

Docteur Leila MEJDI  
PNEUMOPHTHISIOLOGUE  
Résidence Zarka 117, Ibnou Mounir  
et Auvergne 1er Etage N° 1 - Casablanca  
Tél. : 05 22 25 64 70

عمارة الزرقاء - 117، زنقة ابن منير وزنقة دوقيرن  
الطابق الأول - رقم : 1 - المعاريف - الهاتف : 05 22 25 64 70 - 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

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

Edité 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 service.

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
Total payé		500.0

Reçu établi par : OUAHI Rachid

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

**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**

*Signature*  
Laboratoire national  
de référence