

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

## 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- D Réclamation : contact@mupras.com  
 D Prise en charge : pec@mupras.com  
 D 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>405257</u>		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : <u>TADILI Sidi El Hassan</u>			
Date de naissance : <u>21 Février 1939</u>			
Adresse : <u>B.P 2106 - Hay Riad - Rabat</u>			
Tél. : <u>06.6.1.1.70.08</u>		Total des frais engagés : <u>Septante deux dirhams (70,00) A H</u>	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<b>Dr. S. Younès TADILI</b> <b>Médecin - Commandant</b> <b>ERC - Témara</b> <b>MPS 021076492</b>	
Date de consultation : <u>02 NOV 2020</u>	Age : <u>81</u>
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
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 un sceau 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 : SIDI BOU EL LAGH

Le : 02/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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
02 NOV 2020				
		C	G	

## **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
<p>Dr H. MEKOUAR Laboratoire international d'analyse Av. Mohammed 6 num 13 Temara Tel: 0537-404404/405</p>	03/01/20 B. 500	DR H. MEKOUAR Laboratoire international d'analyse Av. Mohammed 6 num 13 Temara Tel: 0537-404404/405	500,-

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 7 6 6 5 5 4 4 3 3 2 1 2 3	D 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS [ ]
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr H.MEKOUAR  
Laboratoire international d'analyses médicales  
Av. Mohammed 6 num 13 Temara-Harhoura  
Tel: 0537-404-404/405

## FACTURE N° : 200005132

TEMARA-HARHOURA le 03-11-2020

**Mr Sidi El Hassan TADILI**

Date de l'examen : 03-11-2020

Analyses :

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	rt-PCR SARS-COV-2	B600	B

Total des B : 600

**TOTAL DOSSIER : 700.00 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cents dirhams

Dr H.MEKOUAR  
Laboratoire international d'analyses médicales  
Av. Mohammed 6 num 13 Temara-Harhoura  
Tel: 0537-404-404/405

INPE Biogliste : 107163552  
INPE Laboratoire: 103061248  
ICE : 001746065000088

Num IF : 18769369  
Num CNSS : 4703569  
Patente : 26963839

# ORDONNANCE

Dr. S. Younès TADILI  
Médecin - Commandant  
ERC - Témara

le : 02 NOV 2020

ANNEE 021076492

1<sup>r</sup> Sidi ECHASSOUR TADILI

Test PCR

Dr H.MEKOUAR  
Laboratoire international d'analyses médicales  
Av. Mohammed 6 num 13 Temara-Hamoura  
Tel: 0537404404/405

Dr. S. Younès TADILI  
Médecin - Commandant  
ERC - Témara

ANNEE 021076492

**Dr.H.Mekouar**

Diplômé de l'Université Catholique de Louvain (UCL-Belgique)

Ancien directeur opérationnel de groupements de laboratoires belges

Consultant scientifique des LABORATOIRES RÉUNIS (Luxembourg, Allemagne, Belgique)

Horaires: Lun-Ve: 7h30 - 18h30  
Sam: 7h30 - 13h00



Prises de sang à domicile:  
0537.404.404 / 405

Code Patient: 20110978  
Prélèvement du : 03-11-2020  
Edition : 05-11-2020

Mr TADILI Sidi El Hassan  
Date de naissance : 21-02-1939  
Référence : 20110978  
Médecin



## BIOLOGIE MOLECULAIRE

Numéro de CIN A119998  
Numéro de passeport /

### RECHERCHE DU SARS-COV-2 par rt-PCR

(Kits utilisés: FAST TRACK DIAGNOSITCS, GeneFinder, ARGENE-BIOMERIEUX,

Nature du Prélèvement Frottis Naso-pharyngé

Résultat Négatif

Laboratoire autorisé par le ministère de la santé pour la réalisation des tests rt-PCR. N autorisation: 11233

**Dr H.MEKOUAR**  
Laboratoire international d'analyses médicales  
Av. Mohammed 6 num 13 Temara-Harhoura.  
Tel: 0537-404-404/405

Merci pour votre confiance