

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° W19-592908

ND 592908

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société	
Matricule : 3586		Royal Air Maroc	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : KADRI Hassani Hana			
Date de naissance : 10/3/1975			
Adresse : 294 AV FEZ 2 Casablanca CASA 20000 AIN CHOCK			
Tél. : 066107362		Total des frais engagés : 1500,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie : COVID	
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.	

MUPRAS
18 DEC. 2020
ACCUEIL

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 : Le : 10/12/2020
Signature de l'adhérent : 

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"/>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 LABORATOIRE NATIONAL DE RADIODETECTION INRS-00061862	16/12/20	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	

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.																
 O.D.F PROTHESSES DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
Coefficient des travaux <input type="text"/> Montants des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																
DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
Coefficient des travaux <input type="text"/> Montants des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Date de l'exécution <input type="text"/>																

وصفة
ORDONNANCE

le 14 / 12 / 2002

R 6 Korni Happi mu'z
lher

P. C. R.

DR BRAHIM REDA SLEIMANI
Gynécologue Obstétricien
Polyclinique CNSS Sidi Bernoussi
INPE 101164531

LABORATOIRE NATIONAL
DE RÉFÉRENCE

Hay AL Qods, El Bernoussi - Casablanca
Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45
Fax : 05.22.73.15.72

Dossier : **C20129101**
de : **KADRI-HASSANI HANA**
IPP : **20M0000333** Date de naissance : **10/03/1956**
Analyses : COVID-19 - PCR

Reçu de caisse

Numéro	Intitulé	Date encaissement
C20129101	KADRI-HASSANI HANA	14/12/2020 12:05

Mode paiement	Numéro de quittance	Montant Dhs
Espèce	93998	500.0
Total payé		500.0

Reçu établi par : LECHEHAB YASSINE

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° : 104253 / 20

Dossier réalisé le : 14/12/20 12:00

A l'attention de : **Mme KADRI-HASSANI HANA**

Identifiant du patient : **20M0000333**

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 REFERENCE

Identifiant du patient : 20M0000518

Date de naissance : 01/01/1925

Sexe : F

Date de l'examen : 14/12/2020

Prélevé le : 14/12/2020 à 11:58

Édité le : 15/12/2020 à 01:23

Mme LACHGHAR AICHA

Dossier N° : C20129098



Belle Nèze

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 nasopharyngé
CONCLUSION	:	ARN viral du SARS-CoV-2 négatif

SÉROLOGIE

(Chimiluminescence)

Anticorps totaux	:	NEGATIF	
Titre	:	0.796 COI	0.091 COI (01/12/2020)
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 15/12/2020 à 01:23
Signature

Dr. RAZIK Nadia

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taiteb 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.

Identifiant du patient : 20M0000333**Date de naissance :** 10/03/1956**Sexe :** F**Date de l'examen :** 14/12/2020**Prélevé le :** 14/12/2020 à 11:59**Édité le :** 15/12/2020 à 01:39**Mme KADRI-HASSANI HANA****Dossier N° :** C20129101**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 nasopharyngé
CONCLUSION	:	ARN viral du SARS-CoV-2 négatif

Le 15/12/2020 à 01:39

Signature

Dr. RAZIK Nadia

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.