

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **tique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

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**

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

53228

## **Déclaration de Maladie : N° P19-0004161**

 **Maladie** **Dentaire** **Optique** **Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 14676 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : JRAIF HAF Date de naissance 12.08.1953

Adresse : Tm 17 N° 24 cité HASSANI - CASA

Tél. 06.61.32.25.89 Total des frais engagés : 750 DH Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/11/2022

Nom et prénom du malade : JRAIF MERYEM Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : AS

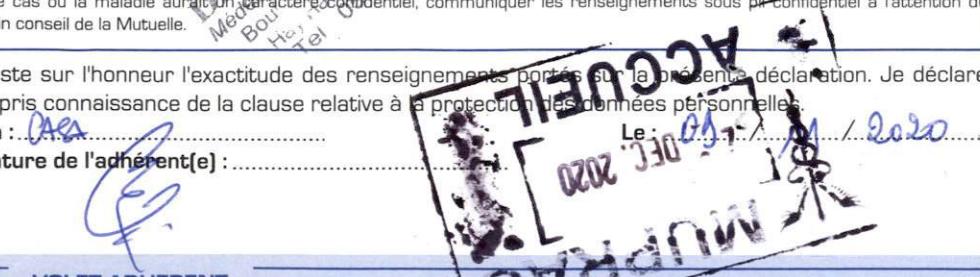
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : DA Le : 06/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :



### **VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie N° P19-0004161

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

**Coupon à conserver par l'adhérent(e).**

Matricule : 14676

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 750 DH

## **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
05/11/2012	C	-	150 Dhs	Dr. MNOUR Médecin Généraliste Boulevard Algérien - El Manzila N° 16 Hassan II Casablanca 25/11/2012

## **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>Laboratoire BIOLOGIC ANALYSES MEDICALES 30000 14-16, Bd Hély d'Alton - Casablanca Tél: 0524 14 04 - Fax: 0524 14 04</p>	09/11/20	B : 17	600 DH

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **VOLET ADHERENT**

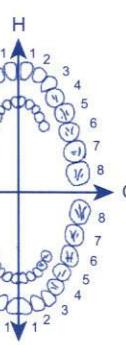
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [Form field]
				MONTANTS DES SOINS [Form field]
				DEBUT D'EXECUTION [Form field]
				FIN D'EXECUTION [Form field]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{r l}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  & 00000000 \quad 00000000 \\  B & 35533411 \quad 11433553  \end{array}  $ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX [Form field]
				MONTANTS DES SOINS [Form field]
				DATE DU DEVIS [Form field]
				DATE DE L'EXECUTION [Form field]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC**

Docteur. Mnouny Raja

MEDECINE GENERALE

Boulevard Afghanistan, N° 16

(en face la Banque Populaire)

Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 05 22.91.04.46

E-mail : mnounyraja1962@gmail.com

الدكتورة (المنوني) رجا  
الطب العام

شارع أفغانستان، رقم 16

(مقابل بنك الشعبي)

الحي الحسني - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22.91.04.46

البريد الإلكتروني : mnounyraja1962@gmail.com

Casablanca, le : 09/11/2020 الدار البيضاء، في :

JRAIF MERYEME

Test covid



Dr. MNOUNY Raja  
Médecine Générale Echographie  
Boulevard Afghanistan N°16  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél 05 22 91 04 46

الرجاء إحضار الوصفة عند المراجعة



\* 0 9 7 1 6 3 1 8 2 \*

**Date du prélèvement :** Lundi 09 Novembre 2020 à 09:55  
**Code patient :** 201109-0144  
**Né(e) le :** 09/03/1966 (54 ans)



**Mme Mariem LAFJAR**  
Dossier N° : 201109-0144  
Prescripteur :

## AMPLIFICATION GENETIQUE ET HYBRIDATION MOLECULAIRE

Détection du génome d'un agent infectieux ou parasitaire

### Recherche du génome du SARS-Cov-2 (COVID-19) par RT-PCR

**Nature du prélèvement :** Naso-pharyngé

**Résultat :** Négatif : Génome du SARS COV-2 non détecté  
(Génés testés <Spike>, <Nucléocapside> )

#### Commentaire:

Au vu de la prévalence actuelle de circulation du virus et les données publiées à ce jour concernant la sensibilité des tests, un résultat négatif doit être interprété avec prudence.  
En présence de symptômes, le maintien des mesures de protection reste recommandé.

Validé par : Dr Youssef ZIANE

  
Dr. ZIANE Youssef  
Directeur Biologiste



# LABORATOIRE BIOLOG

## D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION

14-16, RDC Bd HH24, Lot. Saâd El Khair - Hay Hassani Casablanca  
Tél: 05 22 90 05 04 / 14 04 - Fax: 05 22 90 12 22 - email : [lab.biolog@gmail.com](mailto:lab.biolog@gmail.com)  
CNSS: 8871479 IF: 40497439 PATENTE: 37989126  
ICE : 000064466000083

**Dr Youssef ZIANE**

*Directeur Biologiste Médical*

*Diplômé de la Faculté de Médecine et Pharmacie de Rabat*

*Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier – France*

Code INPE: 097163182



Organisme : COV

Casablanca, le : 09/11/2020

**FACTURE N° : 200008313**

**Nom et Prénom : Mme Mariem LAFJAR**

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang adulte	B17	B
	Recherche Sars-CoV-2 par PCR	E600	E

**Total des B : 17**

Montant total de la facture : 600.00Dhs

**Arrêtée la présente facture à la somme de : six cents dirhams s.**

*NB : Tout changement de la date de la facture est non permis (veuillez respectez les délais de dépôt de vos dossiers médicaux auprès de votre assurance)*

مختبر  
BIOLOG  
لaboratoire  
D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIE DE LA  
REPRODUCTION  
14-16, Bd HH24, Lot. Saâd El Khair - Hay Hassani - Casablanca  
Tél: 05 22 90 05 04 / 14 04 - Fax: 05 22 90 12 22