

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.

Diagnostique 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.

Prothèse :

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

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 : 4676 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TRAIF Hajb Date de naissance : 12-08-1953
Adresse : Im 17 - N° 24 - Cité HASSANI - CASABLANCA
Tél. : 06 61 32 25 89 Total des frais engagés : 750 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/11/22
Nom et prénom du malade : TRAIF MEKRYEMIE Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☒ Enfant
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 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 : Casablanca Le : 05/11/2020
Signature de l'adhérent(e) :

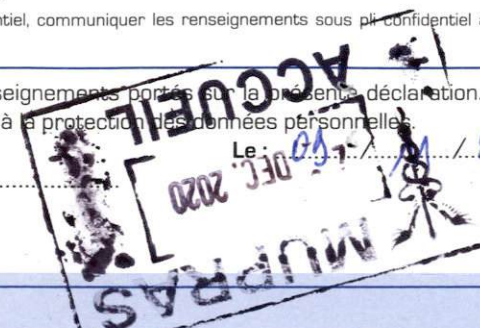
VOLET ADHERENT

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 : 4676
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt : 750 DH




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
09/11/20	C		150 Dhs	

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
	09/11/20	B. 17	600 Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

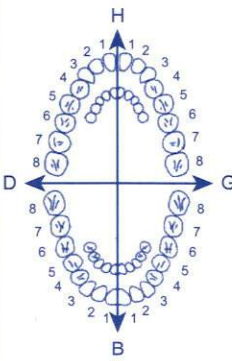
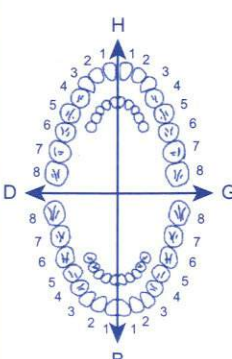
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table><tr><td colspan="2">H</td><td></td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">B</td><td></td></tr></table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

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 : 09/11/20 : الدار البيضاء، في

GRATIF MERYEME

Test covid

مختبر
بيولوجي
تجهيزات الطبية والبيولوجية
Laboratoire
BIOLOG
ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES
14-16, Bd. HH 24 RDC Lot. Saad El Khair
Hay Hassani - Casablanca
Tél. 05 22 91 04 46
Fax: 05 22 90 12 27

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

الرجاء إحضار الوصفة عند المراجعة Prière de présenter l'ordonnance à la prochaine visite



Laboratoire

BIOLOG

d'Analyses Médicales et Biologie de la reproduction

Biochimie clinique
Bactériologie médicale
Hématologie clinique
Immunologie
Auto-immunité

Hormonologie - Oncologie
Parasitologie - Mycologie
Virologie médicale
Biologie de la reproduction
Biologie moléculaire

CODE INPE:



* 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
(Gènes 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
Laboratoire - 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
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)

