

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

Biologie 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.

que :

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.

caire :

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.

adie 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.

RAS : 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



Maladie

Dentaire

Carte réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8163 Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : charT Abdelsrh

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-05182

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

(53496)

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-410556

8163

complément

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

CHARIT ANDALYAH

Date de naissance :

15.07.1967

Adresse :

56, HAY TERRA ENDA Rue 18
C.D.C. CASA

Tél. : 0661976311

Total des frais engagés : 450,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : 28/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

28/12/2020

MM

ACCUEIL
28 DEC. 2020
MUPRAS

| 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"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

ELYATIME Houda

343334

432824379

B317481

Conjoint زوج Enfant ابن

عنوان : 56, HAY 17, RABAT, MAROC

CARAVELLE

450,00
04

Montant des frais (Dhs) :

Nombre de pieces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins :

Nom et prénom : ELYATIME Houda

Date de naissance : 20/09/1972

N° CIN : B317481

Sexe : M ♂ ذكر

Identification du médecin traitant

091049023

المستفيد من العلاجات :

الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

N° INP

Type de soins

Maladie *

مرض *

Pli confidentiel remis* : Oui Non

Maternité *

أمومة *

Tarif de grossesse :
Date prévue d'accouchement :

Hospitalisation *

استشفاء *

Tarif d'hospitalisation :
Date d'accident :

Accident *

حادث *

Tarif d'accident :
Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : CARAVELLE

le : 25/11/2020

في : توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré(e)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CARAVELLE

le : 21/11/2020

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature de Médecin ou de l'établissement de soins

* أشطب الخانة

Dr. BELGIANI F. G. Dr. SIDI

Médecin Général

يمنع متلقى كل ما يبع هذا المطبوع

abrir une feuille de soins par personne et
à chaque événement.

feuille de soins doit être accompagnée de
toutes les pièces justificatives originales
(ordonnances médicales, factures, résultats
d'examens de radiologie et/ou de laboratoire).

nom et prénom de la personne soignée
doivent être portés par les praticiens eux mêmes
sur chaque feuille de soins.

s prospectus et les PPM concernant les
médicaments achetés doivent être joints aux
ordonnances transmises.

feuille de soins ainsi que les pièces
justificatives doivent être présentées à votre
mutuelle dans les deux mois qui suivent le
premier acte médical, sauf s'il y a un traitement
medical continu. Dans ce dernier cas, le dossier
doit être présenté dans les soixante (60) jours
qui suivent la fin du traitement.

remboursement des frais engagés sera
effectué sur la base de la tarification nationale
de référence.

s risques liés aux accidents du travail et
aux maladies professionnelles ne sont pas couverts.

rite personnelle coupable de fraude ou de fausse
déclaration pour obtenir des prestations qui
sont pas dues, est passible des sanctions
civiles et réglementaires.

obligation de remboursement prise par la
CNOPS est subordonnée au respect des
dispositions réglementaires et de ce qui précède.

Cachet et signature de la mutuelle

Signature et tampon de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : 11.11.11
Téléphone : 0524 123 456

description des actes effectiés

صف العمليات المجرات

CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

Actes Paramédicaux

عملیات المساعدين الطبیین

Anoual

Laboratoire de Biologie medicale
Genetique moleculaire
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prenatal
Biologie de la Reproduction

Mme Houda EL YATIME

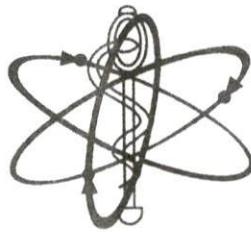
Né(e) le : 20-09-1977

Dossier N° : 2011250094

Date de l'examen : 25-11-2020

Prélevé le : 25-11-2020 08:03 en interne

Édité le : 26-11-2020



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualiticien

DR :

Adresse :

Page 1 / 1



ACCREDITATION
N° 8-3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées
le symbole [AC].

SEROLOGIE INFECTIEUSE

Echantillon primaire : Sérum

NEGATIF

Anti-SARS-CoV-2

(Immunoluminescence-CLIA - Cobas 6000-Roche)

Indice

Nég:< 1

Pos:> 1

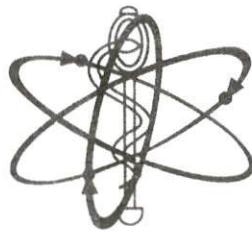
0.097

Le test sérologique Anti-SARS-COV-2 est un test pour la détection qualitative *in vitro* des anticorps IgA, IgG et IgM dirigés contre le coronavirus 2.

Constatatif
Jamal FEKKAK

Anoual

Laboratoire de Biologie medicale
Genétique moléculaire
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prenatal
Biologie de la Reproduction



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualiticien

FACTURE N° 2011250094

Mme Houda EL YATIME

Demande N° 2011250094

Date de l'examen : 25-11-2020

Analyses :

ACCREDITATION
N° 8-3215
www.coifac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|------------------|------------|------|-------|
| EXAMENS MEDICAUX | SARS-CoV-2 | E300 | E |

Total des B : 0 *V230*

TOTAL DOSSIER : 300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :trois cents dirhams DH

Docteur Rachid BELGHMI
Spécialiste en Médecine du Sport
Médecine Générale

الدكتور رشيد بلغمي
تخصص في الطب الرياضي
الطب العام



وصفة طبية
ORDONNANCE

21/11/2020

M^{me} EL YOUSSEFI Nouria

Pathologie du COVID 19

دكتور بلغمي رشيد
(Dr. BELGHMI Rachid
Médecin Général)