

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-420775

53898

| | |
|---|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | |
| Matricule : 11590 | |
| Société : | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) |
| Nom & Prénom : Adil Amal | |
| Date de naissance : | |
| Adresse : | |
| Tél. : 05 22 91 20 00 | Total des frais engagés : 900,00 Dhs |
| Signature : J 1 DEC. 2020 | |

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HOUQUATI HOUSSSEIN 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 31/12/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 21.01.2013 | Q | | 1500 | INP : 1454111111 Docteur H A QUILLIEN Médecin Gé. Echographie Diplômé de Diabatologie Secteur 50 N° 2434111111 |
| 22.01.2013 | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Pacture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

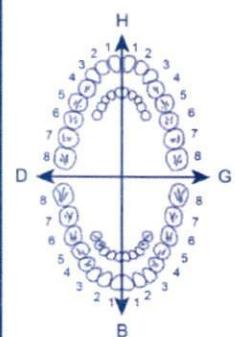
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| LABORATOIRE DE DÉPARTEMENT D'Analyse Médicale 10 Avenue de l'Europe 91150 Serris | 20.11.2013 | 6600 | 800,00 |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

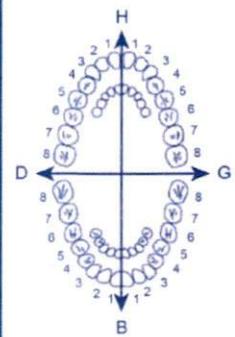
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|----------|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 | |
| 00000000 | 00000000 | |
| 35533411 | 11433553 | |
| B | | |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DERB SULTAN
425, bd Mohamed VI, 3^{ème} Derb Elkabir 20500
0522815936 / 0522815940
الدكتور محمد التوييمي بن جلون
FACTURE N° 201109677
Dr. MOHAMMED TOUIMI BEN JELLOUN
PHARMACIEN BIOLOGISTE LAUREAT DE L'UNIVERSITE
CLAUDE BERNARD DE LYON (FRANCE)
CASA BLANCA le 20-11-2020

Enff Nour NOQUATI

Demande N° 20112320284

Date de l'examen : 20-11-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|----|-----------------|------|-------|
| | RT-PCR-COVID-19 | B600 | B |

Total des B : 600

TOTAL DOSSIER : 800.00DH

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

LABORATOIRE DERB SULTAN
D'Analyse Médicale
Dr. Mohammed TOUIMI BEN JELLOUN
425, Bd. Mohamed VI, 3^{ème} étage - Casablanca
Tél: 05 22 81 59 36 / 09

ICE : 001539203000005 / INP : 097164644 / I.F : 44601910

c

ADIL AMAL

De: ADIL AMAL
Envoyé: jeudi 31 décembre 2020 11:20
À: ADIL AMAL



مختبر درب السلطان للتحاليل الطبية
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DERB SULTAN

الدكتور محمد التويمي بن جلون
DOCTEUR MOHAMMED TOUIMI BEN JELLOUN
PHARMACIEN BIOLOGISTE LAUREAT DE L'UNIVERSITE
CLAUDE BERNARD DE LYON (FRANCE)

Date de l'examen : 23-11-2020
LABORATOIRE NAFIA
Saisi le : 23-11-2020 11:01

Enff NOQUATI Neur
Réf : 20112320284
Prescripteur:
LABORATOIRE NAFIA

BIOLOGIE MOLECULAIRE (RT-PCR-COVID-19)

| | |
|-----------------------|--------------------------------------|
| Nature de prelevement | Nasopharyngé |
| Indication PCR | Dépistage |
| Code National | 640 854 107 |
| Provenance | DB 2 MARS NUM 31 RUE 2 LOT TOUZAMIA |
| Résultats | NEGATIF: Absence de l'ARN SARS-CoV 2 |
| Cibles détectés | 0 |
| Ct R | 0 |
| Ct N | 0 |
| Ct E | 0 |

Docteur RAQUI Halima

Médecine Générale

Diplômé en Echographie Générale

Diplômé en Diabétologie

Faculté de Médecine

de Montpellier

Hay Sadri - Lot. 83 Groupe 5

1er étage - CASABLANCA

Tél.: 05 22 70 88 31

Casablanca, le

21/11/2020

الدار البيضاء

Houari
Houari

Dépistage
COVID 19

LABORATOIRE DERR SULTAN
D'Analyses Médicales
Dr. Mohammed TULIMA - Directeur
125, Bd. Mohamed VI, 3ème étage - Casablanca
Tél: 05 22 81 59 56

Docteur RAQUI Halima
Médecine Gén. Echographie Gén.
Diplômée de Diabetologie
Hay Sadri Rue 80 N° 1 Gp 5
Tél: 05 22 70 88 31 - Casablanca