

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.

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° W19-471852

55235

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5391

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Khalis Talila

Date de naissance :

16/10/62

Adresse :

Bd a Avril Rue Hassan Ziat, Quartier palmier Casab

Tél. :

062 155 85 55

Total des frais engagés :

60,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D. HACHEM RED' Fakir
Médecin Spécialiste
Néphrologie Néphéodialyse

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-471852

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 :

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
90-11-2020			G. B. P. 05 / 2020	INP : <input type="text"/> DR HACHEM RET' Fatem Spécialiste Hépatologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Laboratoire BIOLOG ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES 16, Bd. H.H 24 RD - Les Sables d'Olonne 20 05 04/14 04 . Fax 02 31 90 12 22</i>	<i>21/11/90</i>	<i>B : 617</i>	<i>600 DH</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

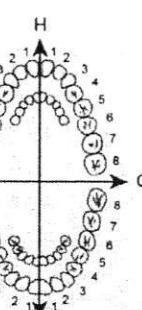
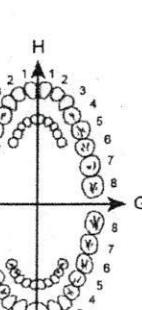
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		 <p>H G</p> <p>D B</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		 <p>H G</p> <p>D B</p>		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Date du prélèvement : Vendredi 20 Novembre 2020
à 15:00
Code patient : 201120-0269
Né(e) le : 16/10/1962 (58 ans)

Mme Jalila KHALID
Dossier N° : 201120-0269
Prescripteur : Dr Faten HACHEM REDA



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

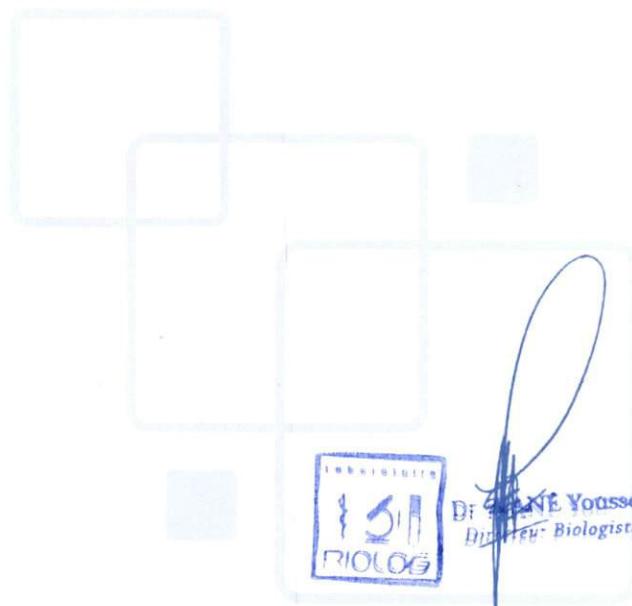
Résultat : Négatif : Génome du SARS COV-2 non détecté
(Génomes testés <Spike>, <Nucléocapside>)

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**





LABORATOIRE BIOLOG

D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES

14-16, RDC Bd HH24, Lot. Saâd El Khair - Hay Hassani Casablanca
Tel: 0522 90 05 04 / 14 04 – Fax: 0522 90 12 22 – email : lab.biolog@gmail.com
CNSS: 8871479 IF: 40497439 PATENTE: 37989126

Dr Youssef ZIANE
Directeur Biologiste Médical
Diplômé de l'Université de Médecine et Pharmacie de Rabat



Casablanca, le : 21-11-2020

FACTURE N° : 201120-0269

Nom et Prénom : Mme Jalila KHALID

Récapitulatif des analyses

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
PS	Prélèvement sang adulte	B17	B
	Recherche Sars-CoV-2 par PCR	B600	B

Total des B : 617

Montant total de la facture : 600.00Dhs

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





Dr Hachem Reda Faten

Ex Chef de Service Néphrologie
Hémodialyse Polyclinique CNSS Derb
Ghalef Casablanca

Ex Chef de Département Néphrologie
Hémodialyse Transplantation Rénal
Clinique Chekh Zayd - Rabat

Ordonnance

Casablanca Le :

20/11/2020

R. Khalid Jalil

1) Test covid
PCR



LABORATOIRE BIOLOG CASABLANCA
Mme KHALID Jalila

Né(e) le :



A coller sur l'ordonnance

312, شارع أم الربيع، الألفة - الدار البيضاء - Casablanca

Tél.: (+212) 5 22 93 89 14 - Gsm : (+212) 6 72 54 14 29 - Fax : (+212) 5 22 89 00 89

Email : hachem.doc@gmail.com - Site web : www.centrehemodialyse.com