

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W19-597972

55567

|   |                                       |                                  |                                 |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie                        | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                          |                                       |                                  |                                 |
| Matricule : 8231  | Société : ROYAL AIR MAROC             |                                  |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif               | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | MEKKAOUI MARIA                  |
| Nom & Prénom : 25/10/1966                               |                                       |                                  |                                 |
| Date de naissance : 9 lot Al MANAR Gé V                 |                                       |                                  |                                 |
| Adresse :   |                                       |                                  |                                 |
| Tél. : 0661162263 Total des frais engagés : 2680,00 Dhs |                                       |                                  |                                 |

|   |  |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin  | Dr. ANISS OUASSIF  |
| Cachet du médecin :   | ORTHOPÉDISTE<br>TRAUMATOLOGUE<br>159 Bd. Bourgogne - Casablanca<br>Tél. : 05 22 49 26 43   |
| Date de consultation :  | 14/12/2020   |
| Nom et prénom du malade :   | OUASSIF  |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même<br><input type="checkbox"/> Conjoint<br><input type="checkbox"/> Parent<br><input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie :  | TA COVDP   |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  | ACCIDENT   |
| 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 : 08/01/2021  
Signature de l'adhérent(e) : 

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

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

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue  | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| INSTITUT PASTEUR DE JAKARTA<br>Laboratoire et du Radiologue<br>Centre de Biologie Médicale<br>+62 30 133 839 92 32<br>+62 21 70 52 | 30/12/20 | PCR COVID                    | 10.000,- F             |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## 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 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]  
ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



EXAMEN(S) DE :  
IDENTIFIANT :

RECEPISSE DE DEMANDE D'EXAMEN(S) ET RECU DE PAIEMENT  
20/12/2020 à 10:32:28

OUASSIF LINA  
1999747

INSTITUT PASTEUR DE DAKAR  
Laboratoire de Biologie Médicale  
Tél 33 839 92 30 / 33 839 92 32  
Fax 33 822 70 52

**ORDONNANCE** PCR - COVID19

**FACTURE**

Prix des examen(s) : 40.000 (FCFA)

Somme à payer par le patient : 40.000 (FCFA)

PAYE : 40.000 (FCFA)

INSTITUT PASTEUR DE DAKAR  
CAISSE - V.I.P  
Payé  
[espece]

**CONSERVER CE DOCUMENT**

Il vous sera demandé lorsque vous viendrez chercher vos résultats. Il nous est INDISPENSABLE pour RETROUVER RAPIDEMENT votre dossier. Vous pourrez recuperer vos résultats le 2020-12-21 de 10 à 18h00

**ENTREZ CODE SECRET : b#Kf3f!9\*1**

**SUR LE SITE WEB SUIVANT :**

<https://teranga.pasteur.sn/clients/resultat.php>

**CONTACTS : 338399232 / 338399233 / 770986149**

OPERATEUR : Moussa Gaye

# Dr OUASSIF ANISS

CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
OSTÉOPATHE  
EXPERT ASSERMENTE

الدكتور وصيف أنيس

طبيب أخصائي  
جراحة العظام والمفاصل  
طب تقويم العظام والمفاصل العمود الفقري  
خبير قضائي

١٤ | ١٢ | ٢٠٢٠

OUASSIF ANNA

test PCR - covid 19



Cachet et signature du médecin

Centre Référence pour la grippe et autres virus respiratoires  
Pôle de Virologie

Tel : 33 839 92 25  
Fax : 33 839 92 10

## RECHERCHE VIRUS RESPIRATOIRES

Motif : Voyage

Prénom et Nom : OUASSIF LINA

ID : COV/20/1999747

No Passeport : HP984030

Age : 23 an(s)

Date de réception : 2020-12-20

Etat de l'échantillon : Bon Etat

Méthodes de diagnostic: qRT-PCR

Examens effectués: 2020-12-20

Cible: Recherche du génome viral spécifique au COVID-19

Résultat de diagnostic: qRT-PCR : NEGATIF

Conclusion [qRT-PCR]: DIAGNOSTIC DU NOUVEAU CORONAVIRUS (COVID 19) : NEGATIF



Dr Ndoppo DIA  
Pôle de Virologie  
INSTITUT PASTEUR DE DAKAR

Scannez ce QR Code à l'aide de votre Smartphone connecté à internet pour vérifier l'authenticité des informations contenues dans ce document.

Laboratoire International Agréé par l'OMS pour le diagnostic du COVID-19