

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.

armacie :

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.

ctique :

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.

ntaire :

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

SA 308

Déclaration de Maladie : N° P19-0006523

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **007005**

Société : **RAO7**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **FAHÉR, Jamila** Date de naissance :

Adresse : **Habite à elle**

Tél. : **06 68 45 14 00** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint**

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 : **19/11/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
	19.11.2022		50000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A vertical line labeled 'H' at the top indicates the mesial direction. A horizontal line labeled 'D' to the left indicates the distal direction. A horizontal line labeled 'B' at the bottom indicates the buccal direction (towards the face) on the upper arch and the lingual direction (towards the tongue) on the lower arch.

[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

Madame FAHÉR JAMILA

Réf: 19/11/20-1-0101

Par:AJARI / 19/11/20 / 10

CIN:B182402 Né(e) le : 01/06/1963 soit:57 A Tél: 0668451400 ville: CASABLANCA

MAT:0007005

Médecin : Tél:

Date et heure de passage :19/11/20-10h00

INPE :

ICE :001594848000023



Liste des Examens/Prescription

PCR COVI TIMB_2DH

Total dossier r : 502.00

Part Client : 502.00

Part : 0.00 PATIENT

Part : 0.00

Part : 0.00

L'Institut Pasteur du Maroc collecte et traite vos données à caractère personnel en vue d'identifier vos prélèvements, mettre à jour votre historique d'analyses et garantir vos droit à la prise en charge. Ces données peuvent être transmises à des laboratoires externes en cas de sous-traitance.

Vous pouvez contacter le service qualité (qhs@pasteur.ma) pour exercer vos droits conformément aux dispositions de la loi 09-08.

Madame FAHÉR JAMILA

Réf: 19/11/20-1-0101

Par:AJARI / 19/11/20 / 10

Liste des Examens

PCR COVI TIMB_2DH

Total dossier : 502.00

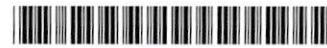
Part Patient : 502.00

Part AMO : 0.00 PATIENT

Part AMC : 0.00

Part Corres. : 0.00

CAB Num Demande



CAB Num CIN



J'autorise le porteur du présent reçu à récupérer mes résultats d'analyses effectuées à l'IPM

Téléphone pour information Casablanca 0522434471/72 Tanger 0539931111

20/11/20 de 09h00 à 15h00

OMNIPRATICIEN

Diplôme universitaire en diabétologie

Diplôme universitaire en Diététique médicale et Nutrition

Diplôme universitaire en échographie clinique

Faculté de Médecine Montpellier France

ELECTROCARDIOGRAMME

Membre de la Société Francophone du Diabète
sur rendez-vous

Casablanca, le 19/11/2012 الدار البيضاء، في

الطب العام

دبلوم جامعي في مرض السكري

دبلوم جامعي في الحمية الطبية والتقديرية

دبلوم جامعي في الفحص بالصدى

من كلية الطب مونبولي - فرنسا

التخطيط الكهربائي للقلب

عضو الجمعية الفرونكوفونية لمرض السكري
بالموعد

N = Fahr Jank

PCR (GMS Ur 2)

Dr. Hassan CHAHID
OMNIPRATICIEN Echographie Clinique
DIT en Diabétologie
146, Rue Moulay Idriss, Hay Baladie - Casablanca
Tél. : C. 05 22 80 91 91 - Urgences : 06 61 20 14 20

Directeur

Pr A. MAAROUFI

Biologie

Dr A. Bellik

Dr S. Kacimi

Dr C. Lhamiani

Dr J. Nourilil

Dr D. Messaoudi

Dr S. Benjelloun

Dr A. Bennani

Dr S. Bennani

Dr M. Azhari

Dr A. Ainahi

Dr H. Mohammadi

Dr S. EZZIKOURI

TANGER

Dr W. Oudaina

Anatomie-cytopathologie

Dr H. Benomar

Dr A. Oukkadi

Cytogénétique

Dr S. Nasserddine

P

Madame FAHER JAMILA
Demande n° **19/11/20-1-0101**

20000 CASABLANCA

Demande n° **19/11/20-1-0101** - -
Edité le : vendredi 20 novembre 2020

Date et heure d'enregistrement : 19/11/20 10H00

Date et heure de prélèvement : 19/11/20 10H09

Date de naissance : 01/06/1963

Hors tiers payant -

VIROLOGIE

Valeurs de référence

Antériorités

Détection du SARS-CoV-2 (COVID-19) par PCR en temps Réel
Real-time PCR SARS-CoV-2(COVID-19)

Nature prélèvement (Specimen) : Rhinopharyngé (nasopharyngeal swab)

Résultat (Result):

SARS-CoV-2 NEGATIF
SARS-CoV-2 NEGATIVE

Résultat à interpréter en fonction du contexte clinique.

Réactifs (Reagents) : GenFinder™ COVID-19 Plus RealAMP Kit (CE-IVD)

Validé le 20/11/20

د. عبد الرحيم بليق
Dr. Abderrahmane BELLIK
مختبر بليق
Institut Pasteur du Maroc
Tél: 0522 421 71 72



Institut Pasteur Casablanca
1 Place Louis Pasteur
20360 CASA HOPITAUX
TEL : 0522434471/72
FAX : 0522260957
INPE : 090005786



Contact: Mme EL JARITE
0666290792
ICE: 001594848000023
IF: 1085828

FACTURE 19/11/20-1-0101

Edité, le 20/11/20

Réf : 19/11/20-1-0101

Madame FAHER JAMILA

Matricule: 0007005
CIN: B182402

20000 CASABLANCA

Vous avez effectué des analyses le 19/11/20

Prescrites par le .

Veuillez trouver ci-dessous le détail de nos honoraires

code	libellé	lettre	Nb Lettre
HN2340	PCR COVID-19	BR	500
FR2	FRAIS TIM	FR	2

Total BM : 0

Total BP : 0

Total BR : 500

Mnt BM : 0 * 0.90 = 0

Mnt BP : 0 * 1 = 0

Mnt BR : 500 * 1 = 500

Mnt FR : 0 * 1 = 0

TOTAL dossier = 500 DH

