

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES RÉMBOURSEMENTS 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-486645

53336

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 4968		
Société : R.A.M.		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : FADI 114 FID		
Date de naissance : 191041 1963		
Adresse : RÉSIDENCE ECHARAF IMM DBG		
Tél. : 0661392672 Total des frais engagés : 901,56 DH		

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'até médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : 11/12/20

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL 020 230 71 00 MUPRAS

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

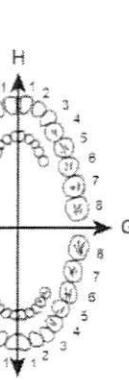
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d

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				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533413</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H	G	25533413	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	H	G																			
	25533413	21433552																			
	00000000	00000000																			
<hr/>																					
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
<hr/>																					
B																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : ١٧/١٢/٢٠٢٠

HAFID
Fadi

P

Dr. HAFID
Hôpital Cheikh Khalifa International
Tél : +212 529 00 44 77
Fax : +212 529 03 53 45
Email : contact@hck.ma
N° de Sécurité sociale : 186 186 186 186 186 186



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : ١٧/١٢/٢٠٢١

Hafid

Fadi

Pc R Covid 19

Hôpital Cheikh Khalifa
Fax : 05 29 03 51 11
Email : 05 29 03 50 47
Site : www.hck.ma

Hôpital Cheikh Khalifa
Dr. A. DUR Mohamed
Urgence
Urgence

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSUMMEE

17/12/2020
21:49Nom Patient : **FADI HAFID** Numéro dossier : **2000284692**

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
17/12/2020	AIGUILLE DE PRELEVEMENT 22G25MM	984827	1,00	1,56	1,56
Total pharmacie					1,56

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
e-mail : contact@fckm.hck.men

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 124966 / 2020 du 17/12/2020

Nom patient	FADI HAFID	Entrée	17/12/2020
	PAYANTS	Sortie	17/12/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation exclusive d'urgences hors déchocage	1,00		300,00	300,00
PCR + SEROLOGIE	1,00		600,00	600,00
			<i>Sous-Total</i>	900,00
PHARMACIE	1,00		1,56	1,56
			<i>Sous-Total</i>	1,56
			Total Clinique	901,56

Arrêtée la présente facture à la somme de :

NEUF CENT UN DIRHAMS CINQUANTE-SIX CENTIMES	Total	901,56

*Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
CNSS N° 9779309, ID Fiscal 40127291 Boulevard Mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Oum Rabii,
Hay Hassani Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026
E-mail : contact@ckm.dz
Fax : 05 29 00 44 77
Tél: 05 29 03 53 45*

Identifiant du patient : H0120033210

Date de naissance : 19/04/1963

Sexe : M

Date de l'examen : 17/12/2020

Prélevé le : 17/12/2020 à 21:35

Édité le : 18/12/2020 à 13:40

FADI HAFID

Dossier N° : C201210979

Service : LABORATOIRE



DÉPISTAGE ET SUIVI DU COVID-19

BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

(Recherche qualitative de l'ARN du SARS-CoV-2, PCR en temps réel)

Nature du prélèvement : Ecouvillon nasopharyngé
CONCLUSION : ARN viral du SARS-CoV-2 positif.

SÉROLOGIE

(Chimiluminescence)

Anticorps totaux : NEGATIF
Titre : 0.109 COI
CONCLUSION : Absence d'anticorps anti-SARS CoV2.

En raison du délai d'apparition des anticorps à la suite d'un contact avec le virus, un test négatif n'exclut pas une contamination.

Seule la recherche du virus par RT-PCR permet de confirmer la présence du virus chez un individu.

Le 18/12/2020 à 13:40
Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila

Handwritten signature of Prof. Jalila El Bakkouri, followed by her name in a stylized font.

Stamp of Laboratoire d'Analyses Médicales Optex Cheikh Khalifa, featuring a large blue 'X' and the laboratory's name.

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma
Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.