

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

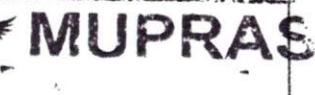
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-576771

53858

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	13221	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Bayane Oumayma			
Date de naissance : 24/09/1993			
Adresse : 10 AV el fouda QU MEFTAH EL KRAÏS SAFT			
Tél. :	052496000	Total des frais engagés :	353,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	12/12/2020
Nom et prénom du malade : Bayane Oumayma	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> 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.	

30 DEC. 2020 Age: 1993
ACCUEIL

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 : 20/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : 

BEDEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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
12-12 2020		C	G	INP : 111180004 M. AB L'Herreddine MEDECIN S. LAMRASLA SAFI

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/12/2020	133,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. Hassan BAKRIM Spécialiste en Radiologie Médicale Tel : 05 24 62 19 26 e-mail: contact@abobakrim.com	12/12/22	Les: gto	220,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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 pratique 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

12.12.2020

Bayane Ou-mayne

31.80

Vit C

1 - 0 - 0

15.30 X 6



42.00

Dokiprane 1g

14.00 X 3

1 . 1 . 1

133.80

المستشفى الجامعي
الجامعة الأولى
DÉPARTEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE
13, Place de l'Indépendance
Tél: 05 46.30.87 - Safi
2020





Vita C 1000®
PPV 15DH30
EXP 10/2023
LOT 09031 10

Vita C 1000®
PPV 15DH30
EXP 10/2023
LOT 09031 30

Vita C 1000®
PPV 15DH30
EXP 09/2023
LOT 09031 12



Vita C 1000®
PPV 15DH30
EXP 10/2023
LOT 09031 15

Vita C 1000®
PPV 15DH30
EXP 09/2023
LOT 09031 7

Vita C 1000®
PPV 15DH30
EXP 10/2023
LOT 09031 10



PPV: 14DH00
PER: 09/23
LOT: J2032

PPV: 14DH00
PER: 07/23
LOT: J1963

PPV: 14DH00
PER: 01/23
LOT: J152

الصيغة
العلوية
الجديدة
DOLIPRANE 1000 mg
PHARMACIE NOUVELLE
Place de l'Indépendance 15
Safi 2020
T: 05.24.46.30.07 - Safi
T: 05.24.46.30.87 - Safi

Le :

12-12-2020

Ordonnance

ou mayma

BAYANE

sérologie covid

19H

19G

DR. HASSAN BAKRIM
MEDICAL SPECIALIST
USC CLINIQUE LA SAIFI



CENTRE DE BIOLOGIE DESAFI
Dr. Hassan BAKRIM, Médecin
Spécialiste en Biologie Médicale
Tél : 05 24 62 69 26
E-mail: contact@labbakrim.com

Votre prochain rendez-vous :

Date :

Heure :

CENTRE DE BIOLOGIE DE SAFI
20 - Angle Av. La Libert rue Jamaleddine Afghani
46000 SAFI
Tel : 0524.626.926 Fax : 0524.626.894
Dr Hassan BAKRIM
Patente : N°46795191 C.N.S.S : N°4514172 IF : 15267523 ICE:000108839000059

FACTURE : 1584081

PHB 24350

Nom et Prénom : Mme BAYANE Oumayma

Prescripteur :

Date : 12/12/2020

BILAN :

COVQ B 250 +

MONTANT NET : 220,00 Dhs

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Deux cent vingt Dh

Dr H.BAKRIM





Dr.HASSAN BAKRIM

Spécialiste en Biologie Médicale

CENTRE DE BIOLOGIE DE SAFI
مختبر التحاليل الطبية
Laboratoire d'analyses médicales

Ex.Biologiste à L'hôpital militaire d'instruction Med V -Rabat
D.U. Perfectionnement en parasitologie et mycologie médicale
D.U.Management de la qualité - Université de Bordeaux

Hématologie-Biochimie-Spérmiologie
Immunologie-Bactériologie-Virologie
Parasitologie-Mycologie-Biologie Spécialisée

Madame Oumayma BAYANE
24350 **RF: 121220139**

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Date de naissance : 24/09/1993

CIN : HH827

Résultats complets

Date du prélèvement : 12/12/2020 à 15h15

Édité le : 12/12/2020 à 16h17

1 /1

SEROLOGIE

SEROLOGIE QUANTITATIVE COVID-19

(Technique NANOENTEK)

COVID-19 IgG 0.00

COVID-19 IgM 0.10

Interpretation:

(> ou = 1.00 : Positive)
(< 1.00 : Négative)

Dr H.BAKRIM

CENTRE DE BIOLOGIE DE SAFI
Dr. Hassan BAKRIM
Spécialiste en Biologie Médicale
Tél : 05 24 62 69 26
E-mail: contact@labobakrim.com



INPE : 113062129

22, Avenue de la liberté - Plateau - SAFI

Tél: 0524 626 926 / Fax : 0524 626 894 E-mail : laboratoirecbs@gmail.com - Site web: www.labocbs.com

Patente : 46795191- CNSS : 4514172 - IF : 15267523 - ICE : 000108839000059 - RIB ATW 007590000394500000042838