

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-585176

55242

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1839 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAOUZI - AHMED

Date de naissance : 12.09.1952

Adresse : 11, Rue Ibn HAÏTAM - TANGER

Tél. : 06.65231233 Total des frais engagés : 502,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelmoumen ZIAN
Spécialiste en Traumatologie
et Chirurgie Orthopédique
Aut. N°10234
22, Rue de Belgique App. N°1 - Tanger
Tél. : 05 39 94 75 47 - Urgences : 06 61 20 60 17

Date de consultation : 28/10/2020

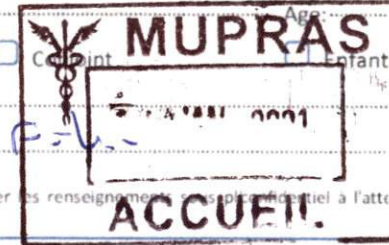
Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : PCR

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : TANGER Le : 27/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge


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
20/11/20	G		302,00	INP : 161141668 Dr. Abdelmoumen ZIA Spécialiste en Traumatologie et Chirurgie Orthopédique 22, Rue de Belgique 10234 Tél: 05 38 74 73 45 - Urgences: 06 91 20 60 17

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/10/20		502,00 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

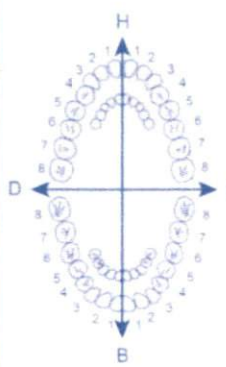
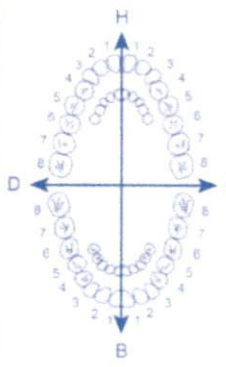
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

VOLET ADHERENT

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

Docteur Abdelmoumen Zian

SPECIALISTE EN TRAUMATOLOGIE

ET CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

MALADIES DES OS ET ARTICULATIONS

TRAUMATOLOGIE DE SPORT

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

Diplômé de la faculté de Médecine

de Granada - Espagne

Ex. Chirurgien de l'hôpital Universitaire

de Granada - Espagne

Ex. Chirurgien au 3ème Hôpital

Militaire de Laayoune

(Aut. N° 10234 - Octobre 1989)

الدكتور عبد المومن زيان

أخصائي في جراحة العظام

أمراض العظام والمفاصل

أمراض الروماتيزم

خبير محلف لدى المحاكم

(خريج كلية الطب بقرنطة (إسبانيا)

من قدماء جراحي العظام بالمستشفى

(الجامعي بقرنطة (إسبانيا)

من قدماء جراحي العظام بالمستشفى

العسكري الثالثة بالعيون

(رخصة رقم 10234 أكتوبر 1989)

Tanger le ٢٥ / ١٠ / ٢٠٠٧ طنجة في

٢٥ / ١٠ / ٢٠٠٧

Del. h. - ٢٥ / ١٠ / ٢٠٠٧

Dr. Abdelmoumen ZIAN
Spécialiste en Traumatologie
et Chirurgie Orthopédique
22 Rue de Belgique App. N° 1 - Tanger
Tél: 05 39 37 24 78 - Urgence: 06 61 20 60 17

CENTRE DE TRAUMATOLOGIE ET CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

Immeuble BALEARES عمارة البليار

22 Rue de Belgique

22 شارع باجيكا عمارة رقم 1 (أرض محمد محمد الخامس) طنجة

22, Rue de Belgique App. N° 1 (Près de la mosquée Mohammed V) - Tanger

Urgence : 06 61 20 60 17 : هاتف : 05 39 37 24 78 - فاكس : 05 39 37 24 78 - تلف : 05 39 94 75 47

E-mail : zlandr@menara.ma - Site Web : www.ziandocteur.populus.ch



معهد باستور المغرب
INSTITUT PASTEUR DU MAROC

فاتورة
Facture

1, Place Louis Pasteur Casablanca 20360
Tél: +212 (0) 522 43 44 50 / 63 - Fax : +212 (0) 522 26 09 57
E-mail : pasteur@pasteur.ma - Web : www.pasteur.ma
ICE : 001594848000023 - IF : 1085828 - Patente : 36340200

Monsieur TAOUZI AHMED

Réf: 28/10/20-3-3017

Par:WOUDA / 28/10/20 /

CIN: Né(e) le : 12/09/1952 soit:68 A Tél: 0665231233 ville: TANGER

MAT:

Médecin : DR Tél:

Date et heure de passage :28/10/20-08h24

Liste des Examens/Prescription

PCR COVI TIMB_2DH

INPE : 
ICE :001594848000023



Total dossier r : 502.00
Part Client : 502.00
Part : 0.00
Part : 0.00
Part : 0.00

PATIENT

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

DR

Monsieur TAOUZI AHMED
11 RUE IBN HAITAM RESD IBN
KHALDOUNE ETG 6 APPT 24
90000 TANGER

Date et heure d'enregistrement : 28/10/20 08H24

Date et heure de prélèvement : 28/10/20 08H33

Date de naissance : 12/09/1952

Hors tiers payant - ACCUE

Demande n° **28/10/20-3-3017** - -
Edité le : mercredi 28 octobre 2020

VIROLOGIE

Valeurs de référence

Antériorités

Détection du SARS-CoV-2 par PCR en temps Réel

Nature prélèvement : Rhinopharyngé

Résultat:

SARS-CoV-2 NEGATIF

Résultat à interpréter en fonction du contexte clinique.

Réactifs : GenFinder™ COVID-19 Plus RealAMP Kit

Validé le 28/10/20

Dr. OUDAINA Widad
Pharmacien biologiste
Institut Pasteur Maroc
Tanger

