

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.

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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-599294

55402

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	2071	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Retraité
Nom & Prénom : BENCHEIKH Ahmed			
Date de naissance : 1-1-52			
Adresse : 1 Soubol Rés Al Fajr S. Bernoussi			
Tél. :	06 61 78 27 52	Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :	25/12/2011	Age:
Nom et prénom du malade :		
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.		

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 : casa Signature de l'adhérent(e) :
Le : 15/01/2020

2011

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
26/12/2010	1	100%	100	INP : 091019042 Dr. BELAÏD ECHOGRAPHIE OMNIPRATICIEN 144, Hay El Oum, Bd (H) Sidi Bernoussi, 1011 Tunis

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/12/2010	94,00

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/12/2010	Analyse	502,00 TND

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 date de l'acte pratiqué 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A vertical axis labeled H is at the top, and a horizontal axis labeled G is to				

Docteur Hassan BELKOUK

Lauréat de la Faculté
de Médecine de Casablanca

Diplômé D'echographie
Générale de la F. M. C

Diplôme d'Expertise
Médicale de la F. M. C

MEDECINE GENERALE

Tél: 05 22 75 07 38

الدكتور حسن بلكوك

خريج كلية الطب بالمركز الجامعي
ابن رشد بالبيضاء

دبلوم الفحص بالصدى كلية
الطب بالبيضاء

دبلوم الخبرة الطبية
كلية الطب بالبيضاء

الطب العام

الهاتف. ع : 05 22 75 07 38

Casablanca , le : 25/8.2/2020

البيضا، في

BEN GHAIR

Attman

25.2.20

① AB + 500


14,80

② RH C 600


94,50



667 Per: 11/23



Boulevard NABOULS N°144, Hay EL QODS - Sidi Bernoussi - CASABLANCA

ORDONNANCE

Caro Le: 25/12/20

Bon état

Coupe



Dr. BELKOUK Hassan
ECHOGRAPHIE
OMNIPRATICIEN
144, Hay El Qods Bd.(H) Sidi Bernoussi
Tél: 05 22 75 07 22 Consultance



Monsieur BENCHEIKH SIDI AHMED

Réf: 25/12/20-1-0183

Par: FMADI / 25/12/20 / 11

CIN: Né(e) le : 01/01/1952 soit:68 A Tél: 0674518957 ville: CASABLANCA

MAT:

Médecin : Tél:

Date et heure de passage :25/12/20-11h20

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.



Institut Pasteur
du Maroc

Directeur

Pr A. MAAROUFI

Biologie

Dr A. Bellik

Dr S. Kacimi

Dr C. Lhamiani

Dr J. Nouril

Dr D. Messaoudi

Dr S. Benjelloun

Dr A. Bennani

Dr S. Bennani

Dr M. Azhari

Dr A. Alnahi

Dr H. Mohammadi

Dr S. EZZIKOURI

TANGER

Dr W. Oudaine

Anatomie-cytopathologie

Dr H. Benomar

Dr A. Oukkadi

Cytogénétique

Dr S. Nasserdine

P

Monsieur BENCHEIKH SIDI AHMED

Demande n° 25/12/20-1-0183

20000 CASABLANCA

Demande n° 25/12/20-1-0183 - - -

Édité le : samedi 26 décembre 2020

Nº CIN/Passeport

Date et heure d'enregistrement : 25/12/20 11H20

Date et heure de prélèvement : 25/12/20 11H28

Date de naissance : 01/01/1952

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 POSITIF
SARS-CoV-2 POSITIVE

Réactifs (Reagents) : MAScIR SARS-CoV-2 kit 1.0

Deux gènes détectés : RdRp et S (Ct 27 - 28.2)

Validé le 26/12/20

دبلوماسي
Dr. Abdellahmene BELLIK
M. en Biologie
Institut Pasteur du Maroc
Tél: +212 522 466 71 172

