

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

- Reclamation : 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.

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° W19-597972

55567

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8731 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MEKKAOUI MARIA

Date de naissance : 25/08/1966

Adresse : 9 lot M MANAR Gré V°

Tél. : 0661162263 Total des frais engagés : 2 680,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. ANISS OUASSI
ORTHOPEDISTE
TRAUMATOLOGUE
159 Bd. Bourgogne - Casablanca
Tél. : 05 22 49 26 43

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/12/2020

Nom et prénom du malade : OUASSI

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

Nature de la maladie : TRAUMATISME

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 : 08/01/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
14				INP : 02/25/1671
12				
20				

[illegible][illegible]

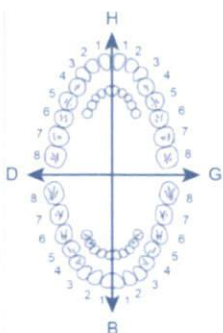

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Institut Pasteur
de Dakar

RECEPISSE DE DEMANDE D'EXAMEN(S) ET RECU DE PAIEMENT
20/12/2020 à 10:32:28

EXAMEN(S) DE :
IDENTIFIANT :

OUASSIF LINA
1999747

INSTITUT PASTEUR DE DAKAR
Laboratoire de Biologie Médicale
Tél 33 839 92 50 / 33 839 92 32 -
Fax 33 822 70 52

ORDONNANCE

PCR - COVID19

FACTURE

Prix des examen(s) : 40.000 (FCFA)

Somme à payer par le patient : 40.000 (FCFA)

PAYE : 40.000 (FCFA) [espece]

INSTITUT PASTEUR DE DAKAR
CAISSE - V.I.P
Payé

CONSERVER CE DOCUMENT

Il vous sera demandé lorsque vous viendrez chercher vos résultats. Il nous est INDISPENSABLE pour RETROUVER RAPIDEMENT votre dossier. Vous pourrez récupérer vos résultats le 2020-12-21 de 10 à 18h00

ENTREZ CODE SECRET : b#Kf3f!9*1

SUR LE SITE WEB SUIVANT :

<https://teranga.pasteur.sn/clients/resultat.php>

CONTACTS : 338399232 / 338399233 / 770986149

OPERATEUR : Moussa Gaye

Dr OUASSIF ANISS

**CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
OSTÉOPATHE
EXPERT ASSERMENTÉ**

الدكتور وصيف أنيس

**طبيب أخصائي
جراحة العظام والمفاصل
طب تقويم العظام والمفاصل العمود الفقري
خبير قضائي**

14 / 12 / 2020

OUASSIF ANA

test PCR - Covid 19

Dr. ANISS OUASSIF
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGUE
159, Boulevard Bourgoigne - Casablanca
Tel: 05 22 49 26 43

Cachet et signature du médecin



Institut Pasteur
de Dakar

OUASSIF LINA
ID : COV/20/1999747
HP984030
23 an(s)

Centre Référence pour la grippe et autres virus respiratoires
Pôle de Virologie

Tel : 33 839 92 25
Fax : 33 839 92 10

RECHERCHE VIRUS RESPIRATOIRES

Motif : Voyage
Prénom et Nom : OUASSIF LINA
ID : COV/20/1999747
No Passeport : HP984030
Age : 23 an(s)
Date de réception : 2020-12-20
Etat de l'échantillon : Bon Etat

Méthodes de diagnostic: qRT-PCR
Examens effectués: 2020-12-20
Cible: Recherche du génome viral spécifique au COVID-19
Résultat de diagnostic: qRT-PCR : NEGATIF
Conclusion [qRT-PCR]: DIAGNOSTIC DU NOUVEAU CORONAVIRUS (COVID 19) : NEGATIF



Dr Ndongo D'A
Pôle de Virologie
INSTITUT PASTEUR DE DAKAR

Scanner ce QR Code à l'aide de votre Smartphone connecté à Internet pour vérifier l'authenticité des informations contenues dans ce document.

Laboratoire International Agréé par l'OMS pour le diagnostic du COVID-19