

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ctique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Code réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7283 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BAKKOUCH ABDELHADI

Date de naissance :

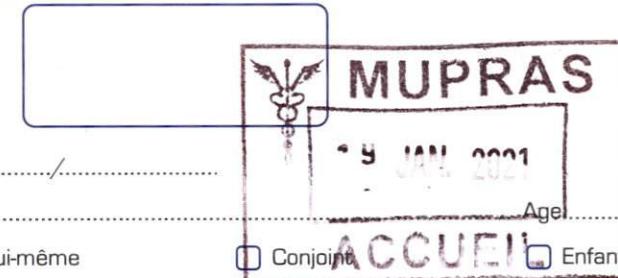
Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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'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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M20-00360

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

- 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.

N° W19-540839

En cours

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7283		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : BAKKOUCH Abdelhadi			
Date de naissance : 63 Rue Jbel HABRI Sidi			
Adresse : El Aked II HABRHOU RA Témara			
Tél. : 0663756554		Total des frais engagés : 3000,00	

Cadre réservé au Médecin	
Docteur N. ED. FAÏZ SOCRATE Centre de Radiologie SOCRATE TEMARA Tél. 05 37 64 01 02	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 13/10/2010	
Nom et prénom du malade : BAKKOUCH ABDEL HADI	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	suspicion de CANCER
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'adhérent.	

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 : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) :

BAKKOUCH

VOLET ADHÉRENT	N° W19-540839
Déclaration de maladie	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	

BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important:

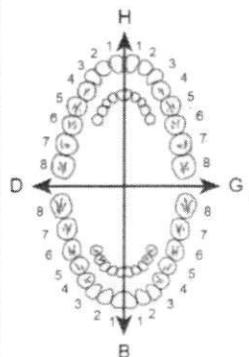
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d'explorations complémentaires.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



الدكتور نور الدين فايز

اختصاصي في الراديولوجي

خريج كلية الطب بباريس

Dr Noure-Ddine FAIZ

Spécialiste en Radiologie

Diplômé de la TECHNIQUE :

de Médecine PARIS V

- Examen réalisé par un scanner multi barrettes en acquisition spiralé, sans injection de produit de contraste, avec reconstruction 3D dans les différents plans de l'espace.

RESULTATS :

Pas de stigmate évoquant un COVID 19.

Pas de plage en verre dépoli.

Pas de condensation nodulaire en particulier sous pleurale.

Pas de crazy paving.

• La lecture en fenêtre parenchymateuse :

- Transparence parenchymateuse pulmonaire normale par ailleurs, sans nodule parenchymateux évolutif décelable.
- Absence d'épanchement pleural liquide ou gazeux.
- Absence d'épaississement pleural ou pariétal.
- Absence de lésion osseuse costale ou vertébrale sur les coupes réalisées.

• La lecture en fenêtre médiastinale :

- Absence d'adénopathie médiastinale.

• Les coupes réalisées à l'étage abdominal supérieur ne trouvent pas de masse surrénalienne.

CONCLUSION :

- *Pas de stigmate TDM évoquant un COVID 19.*
- *TDM thoracique sans anomalie objectivée.*

Dr. N. ED. FAIZ
Centre de Radiologie SOCRATE
TEMARA
Tél : 05 37 64 01 02

Merci de votre confiance.

DR. N. ED. FAIZ / SOCRATE Radiologue.



عيادة الراديو~~جي~~ سقراط
CENTRE DE RADIOLOGIE SOCRATE
تمارة - TEMARA

الدكتور نور الدين فايز
اختصاصي في الراديوجي
خريج كلية الطب بباريس
Dr Noure-Ddine FAIZ
Spécialiste en Radiologie
Neuroradiologue
Diplômé de la Faculté
de Médecine PARIS V

Le 15/10/2020

Facture N ° : 6867/20

Nom et prénom : Mr. BAKKOUCH ABDELHADI

Examen(s) réalisé(s) :

TDM THORACIQUE C-

Montant : 1800 DH

La présente facture est arrêtée à la somme de **MILLE HUIT CENTS DHS.**

Merci de votre confiance.

DR. NED FAIZ

Docteur N. ED. FAIZ
SOCRATE
Centre de Radiologie SOCRATE
Tel : 05 37 64 01 02
Tél : 05 37 64 01 02

INPE : 101187904



عيادة الراديوولوجي سقراط
CENTRE DE RADIOLOGIE SOCRATE

TEMARA - تملقا

Le 15/10/2020

الدكتور نور الدين فايز
اختصاصي في الراديوولوجي
خريج كلية الطب بباريس
Dr Noure-Ddine FAIZ
Spécialiste en Radiologie
Neuroradiologue
Diplômé de la Faculté
de Médecine PARIS V

MR BAKKOUCH
ABDELHADI

TDN Thoracique
C -

Laboratoire d'Analyses
Médicale BioLife
Tél: 05 37 62 82 33 - 06 62 00 20 23
INPE: 103 053 004

Docteur N. ED. FAIZ
SOCRATE
Centre de Radiologie SOCRATE
Tél : 05 37 64 01 02
TEMARA



عيادة الراديوولوجي سقراط
CENTRE DE RADIOLOGIE SOCRATE
تمارة - TEMARA

الدكتور نور الدين فايز
اختصاصي في الراديوولوجي
خرير كلية الطب بباريس
Dr Noure-Ddine FAIZ
Spécialiste en Radiologie
Neuroradiologue
Diplômé de la Faculté
de Médecine PARIS V

MR BAKKOUCH
ABDELHADI

Le 13/10/2020

LABO

PCR

Laboratoire d'Analyses
Médicale BiLife
Tel: 05 37 02 62 33 - 05 37 03 28 23
INPE: 103 003 004

Docteur N. E. FAÏZ
SOCRATE
Centre de Radiologie SOCRATE
TEMARA
Tél: 05 37 54 11 11



Dr. Bouchra Belefquih

Médecin biologiste

الدكتورة بشرى بلفقيه

طبيبة إحيائية

Bactériologie - Virologie - Mycologie
Parasitologie - Biochimie - Immunologie
Hématologie - Hémostase - Biologie
moléculaire - Micronutrition - Biologie
fonctionnelle et préventive - Techniques
de distraction et hypnoanalgesie
pour prélèvement pédiatrique

Depistage par PCR du SARS COV-2

Nom test		PCR	
No Dossier	245	Nom	BAKKOUCH
Prenom	ABDELHADI	Date RDV	13-10-2020
CIN	A353233	Heure RDV	11:00:00
Montant	600.00	Montant payé	600.00

Merci de vous présenter au RDV à la date et heure indiquée avec une photocopie de votre carte nationale

Fiche de travail No Dossier Dos.245

Date RDV	13-10-2020
Heure Rdv	11:00:00
Nom	BAKKOUCH
Prenom	ABDELHADI
CIN	A353233
Type de prélèvement	Depistage
Nom preleur	Ilham Ilham





LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

Dr. Bouchra Belefquih

Morocco

FACTURE

N° de facture LAB-003013

Solde exigible

MAD600.00

Facturer à

M. ABDELHADI BAKKOUCH

dossier 13-056263034
Laboratoire d'Analyses
Médicale Biolife
Tel: 0537 62 62 33 / 06 62 03 28 23
INPE: 103 063 004

Date de facture :

14 nov. 2020

Mode de paiement :

Cash

#	Article	Quantité	Quantité	Cotation B	Montant DH
1	PCR COVID-19	1	1.00	600.00	600.00

Total DH **MAD600.00**

Solde exigible **MAD600.00**

Total en lettres: **Six cents**

Opération bénéficiant de l'exonération de TVA sans bénéfice du droit à déduction, conformément à l'article 91-VI-1° du CGI

*Laboratoire d'Analyses
Médicale Biolife
Tel: 0537 62 62 33 / 06 62 03 28 23
INPE: 103 063 004*



LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

Dr. Bouchra Belefquih
Morocco

FACTURE
N° de facture LAB-002911

Solde exigible
MAD600.00

Facturer à
M. ABDELHADI BAKKOUCH

Date de facture : 11 nov. 2020

Mode de paiement : Cash

#	Article	Quantité	Quantité	Cotation B	Montant DH
1	PCR COVID-19		1.00	600.00	600.00
Total DH					MAD600.00
Solde exigible					MAD600.00

Total en lettres: **Six cents**

Opération bénéficiant de l'éxonération de TVA sans bénéfice du droit à déduction, conformément à l'article 91-VI-1° du CGI