

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Aïla Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïla 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° W19-592652

ND: 53054 9395

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9395

Société : D-X

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : NASSI HICHAM

Date de naissance : 13/11/64

Adresse : 7ème étage Rés Jma MAZOLA

Tél. : 06 66 35 17 43

Total des frais engagés : 909

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

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

Le : 28/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
28/11/20	C		20204	INP : 041269866

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POLYCLINIQUE Dr. TIR Abdelaziz 58, Route Mly Thami Hay Hassan Tel 0522 90 21 67 Casa	28/11/20	20300

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE NATIONAL DE REFERENCE	28/11/20	PC R	500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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'O.D.F.

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 25533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 25533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 25533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				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

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

Casablanca, le :

28-11-2020

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خبير في الطب

دكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خبير في الطب

دكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خبير في الطب

دكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خبير في الطب

دكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خبير في الطب

دكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خبير في الطب

دكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خبير في الطب

دكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خبير في الطب

دكتور سعيد الغزولي

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. TIR Abdelaziz Hay Hassani
58, Route Mly Thami
Tel: 0522 90 21 67

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. TIR Abdelaziz Hay Hassani
58, Route Mly Thami
Tel: 0522 90 21 67 Casa

20500

PPV: 49,60 DH
LOT: 20F03
EXP: 06/2023

Docteur Saïd GZOU LI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le :

28-11-2020
NASSI

PCR. (Covid 19)

الدكتور سعيد الغزولي
طبيب محلف
خبير لدى المحاكم
طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) - مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف : 022 90 70 88 - E-mail : drgza@gmail.com

LABORATOIRE NATIONAL
DE REFERENCE

60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) - مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف : 022 90 70 88 - E-mail : drgza@gmail.com

FACTURE N° : 96411 / 20

Dossier réalisé le : 28/11/20 12:12

A l'attention de : **Mlle NASSI KAWTAR**

Identifiant du patient : **20L0023471**

Analyses :

COVID-19 - PCR

B 500

500,00 DHS

Total dossier : 500,00 DH

**Arrêté la présente facture à la somme de :
CINQ CENTS DIRHAMS**

LABORATOIRE NATIONAL
DE REFERENCE

Identifiant du patient : 20L0023471

Date de naissance : 20/06/2001

Sexe : F

Date de l'examen : 28/11/2020

Prélevé le : 28/11/2020 à 12:07

Edité le : 28/11/2020 à 21:23

Mlle NASSI KAWTAR

Dossier N° : C201127371



DÉPISTAGE ET SUIVI DU COVID-19

BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

(Recherche qualitative de l'ARN du SARS-CoV-2, PCR en temps réel)

Nature du prélèvement

: Ecouvillon nasopharyngé

CONCLUSION

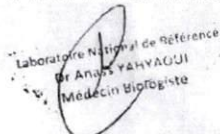
: ARN viral du SARS-CoV-2 positif.


LABORATOIRE NATIONAL
DE REFERENCE

Le 28/11/2020 à 21:23

Signature

Pr. YAHYAOUI Anass


Laboratoire National de Référence
Pr. Anass YAHYAOUI
Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

Dossier : **C201127371**
de : **NASSI KAWTAR**
IPP : **20L0023471** Date de naissance : **20/06/2001**
Analyses : COVID-19 - PCR

Reçu de caisse

Numéro	Intitulé	Date encaissement
C201127371	NASSI KAWTAR	28/11/2020 12:17

Mode paiement	Numéro de quittance	Montant Dhs
Espèce	86322	500.0
Total payé		500.0

Reçu établi par : LECHEHAB YASSINE

Pour information, les résultats des analyser sont à récupérer après 48h du prélèvement au niveau du chapiteau de 9h00 à 16h00
merci de vous munir de votre pièce d'identité et du présent reçu de caisse