

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.

Biologie 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.

Educational :

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.

Maladie :

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

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.

PRAS : 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° P19-0031338

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10789 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AGAROU MIRABET Itimad (57660)

Date de naissance : 10-08-1975

Adresse :

Tél. : 06 66 99 12 57 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 29 JAN. 2021

Date de consultation : 19/01/2021

Nom et prénom du malade : AGAROU MIRABET ITIMAD

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

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.

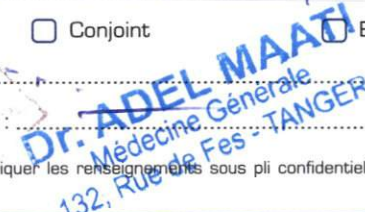
Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

CA

Optique

Autres



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
14/11/20	G		210	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ 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

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. M. ADEL

Diplomé de la F.M.P
de Casablanca

Médecine Générale

132, Rue de Fès - TANGER



الدكتور م. عادل

خريج كلية الطب والصيدلة

بالدار البيضاء

الطب العام

132، شارع فاس - طنجة

FEUILLE DE BILAN

<i>Renseignements cliniques</i>	<i>Examen demandé :</i>
<p>M^{me} AGMA UD MARSE I TI MAD</p>	<p>Test PCR - RT / wondig</p>

Tél.: 05 39 37 43 99 : الهاتف

GSM : 06 61 39 82 64 : المحمول

ICE : 00191188900069 - IF.: 81382260

INP: 161002639 - Aut. 15883

Date : 19/12/20

Signature



عيادة الدكتور عادل الماطي

Cabinet Medical Docteur Adel MAATI



Médecine Générale - Laser

الطب العام - الليزر

Tanger, le : 19/12/20 : طنجة في :

CERTIFICAT MEDICAL

Je Soussigné(e) Dr. :

Dr. ADEL MAATI
 Médecin Généraliste
 Aut N°: 15883
 INP: 161 002 639
 Tél: 0539 37 43 99 / 0661 39 82 64

Certifie avoir examiné ce jour, Mme, Melle, Mr :

agé(e) de : habitant :

AGAROUND
 MARSET
 ITMAD

et atteste que :

1- Nécessite un traitement avec arrêt de Travail de : 05 jours jours,
 du 19/12/20 au 23/12/20 sauf complications

2- Nécessite une prolongation d'arrêt de Travail de : jours,
 du : au : sauf complications

3- nécessite l'admission d'urgence :
 ou nécessite le transport d'urgence en ambulance à l'hôpital :

Ce certificat est délivré pour servir et valoir ce que de droit

Signature :

Dr. ADEL MAATI
 Médecin Généraliste
 Aut N°: 15883
 INP: 161 002 639
 Tél: 0539 37 43 99 / 0661 39 82 64



المختبر الفرنسي المغربي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE FRANCO-MAROCCAIN D'ANALYSES MEDICALES

Hématologie - Bactériologie - Virologie - Biochimie - Mycologie - Immunologie Hormonologie - Allergologie
Gaz du sang - Spermogramme - Assurance qualité, Réglementation et droit appliqué à la biologie - Biologie Moléculaire PCR en temps réel

Docteur ALI ID HAMMOU

Médecin Biologiste

Diplômé de la Faculté de Médecine NECKER-PARIS

Ancien Interne des Hôpitaux de PARIS

Diplômé d'Etudes Spécialisées à PARIS DESCARTES

24h/24 7j/7

05 39 95 40 00

الدكتور علي إد حمو

طبيب خاص إحيائي

خريج كلية الطب بباريس

طبيب سابق بهستشفيات باريس

FACTURE N° : 200005256

TANGER le 23-12-2020

Mme AGAROUD M RABET Itimad

Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
9105	Prélèvement sanguin PCR COVID 19	E10 B523	E B	10.00 MAD 700.82 MAD
Total				710.82 MAD

Total des B : 523

TOTAL DOSSIER : 710.82 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cent dix dirham quatre-vingt-deux centimes.

LABORATOIRE
FRANCO-MAROCCAIN
Tel : 05 39 95 40 00
Réception

ICE : 001606203000055 - INP : 163060593 - CNSS : 8615207 - IF : 40212838

8 Rue Erriche, Jamaa Mokraa, Jbel El Kbir (En face du Socco Alto - Carrefour) 90000 - Tanger

Tél.: 05 39 95 40 00 - Fax: 05 39 95 60 00 / E-mail : labofrancomarocain@gmail.com



المختبر الفرنسي المغربي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE FRANCO-MAROCAIN D'ANALYSES MEDICALES

Hématologie - Bactériologie - Virologie - Biochimie - Mycologie - Immunologie Hormonologie - Allergologie
Gaz du sang - Spermogramme - Assurance qualité, Réglementation et droit appliqué à la biologie - Biologie Moléculaire PCR en temps réel

Docteur ALI ID HAMMOU

Médecin Biologiste

Diplômé de la Faculté de Médecine NECKER-PARIS

Ancien Interne des Hôpitaux de PARIS

Diplômé d'Etudes Spécialisées à PARIS DESCARTES

24h/24 7j/7

05 39 95 40 00

الدكتور علي إد حمو

طبيب خاص إحيائي

خريج كلية الطب بباريس

طبيب سابق بهستشفيات باريس

Date du prélèvement : 23-12-2020 à 14:18

Code patient : 20122267

Né(e) le : 10-08-1975 (45 ans)

Mme AGAROUND M RABET Itimad

Dossier N° : 20122267

Prescripteur :



GENETIQUE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

BIOLOGIE MOLECULAIRE: Recherche de SARS -Cov2 (COVID19) par amplification génique

Prélèvement :

NASOPHARYNGE

Recherche de l'ARN du virus SARS COV 2
par RT-PCR :

NEGATIVE

(Technique : RT-PCR . SARS-COV-2 R-GENE.
BIOMERIEUX)

LABORATOIRE
FRANCO-MAROCAIN
TEL: 05 39 95 40 00
Reception