

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.

Ordonnance :

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.

Prothèse :

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

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° P19-0028699

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09037 Société : 58788

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LIASSID ABDELHAK

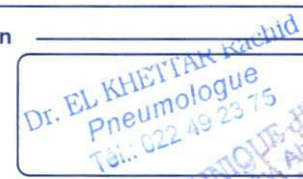
Date de naissance : 23.05.1962

Adresse : Mohammadia

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/01/2024

Nom et prénom du malade : LIASSID ABDELHAK Age :

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

Nature de la maladie : Infection pulmonaire

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) :

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
12.1.2021		C ₅	300.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
12/01/22	B ₀	600.00	

AUXILIAIRES MEDICAUX

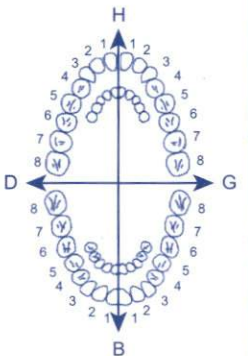
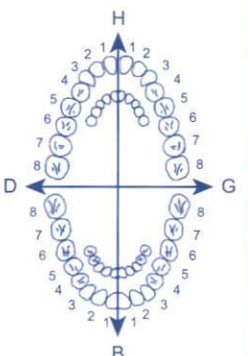
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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 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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EX



Casablanca, le

12/01/21

HASSID ABDELHAK

PCR. COVID19.

L. A. M. B.
Laboratoire Bourgogne D'Analyses Médicales
136, Résidence Belhacen Bd. Bourgogne
Tél. : 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99
Fax : 0522 20 81 00 - Casa

Dr. El. M. B. B.
Pneumologue
Tél. : 022 49 23 75

CLINIQUE JERRADA OASIS
113, Av. Abderrahim Bouabid
CASABLANCA
Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma

Laboratoire BOURGOGNE
136 Résidence Belhecen, Boulevard Bourgogne
Tél : 0522208099/0522208102 - Fax : 0522208100
@ : labobourgogne.lamb@gmail.com

FACTURE N° : 210000268

INPE : 097164701



097164701

Casablanca le 12-01-2021

IF: 15231383
N°Patente: 35490624

ICE: 001692860000053
N°CNSS: 4430534

Mr Abdelhak HASSID

Demande N° 2101120062
Date de l'examen : 12-01-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Recherche d'ARN SARS-COV-2 (COVID 19)	E600	E

Total des B : 0

TOTAL DOSSIER : 600.00 DH

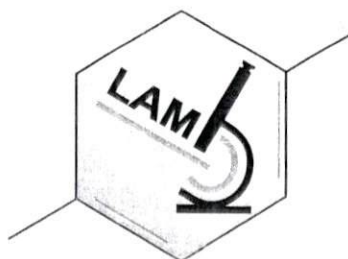
Arrêtée la présente facture à la somme de : six cents dirhams

L. A. M. B.
Laboratoire Bourgogne D'Analyses Médicales
136, Résidence Belhecen B.d. Bourgogne
Tél.: 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99
Fax: 0522 20 81 00 - Casa

**LABORATOIRE BOURGOGNE
D'ANALYSES MEDICALES
ET SCIENTIFIQUES**

DOCTEUR BELLAMINE CHORFI KAWTHAR

Médecin spécialiste en biologie clinique
et analyses médicales



L.A.M.B

**مختبر بورغون
للتحاليل الطبية و العلمية**

الدكتورة بلامين شرفي كوثر
طبيبة اختصاصية في البيولوجيا السريرية
والتحاليل الطبية

Mr HASSID Abdelhak

Code Patient : **2101120062**

Prélèvement du : **12-01-2021**

Edition : 12-01-2021

Médecin :

BIOLOGIE MOLECULAIRE

RECHERCHE DU SARS-CoV-2 (COVID-19) PAR PCR EN TEMPS REEL

(Technique : RT-PCR temps réel ,GeneProof SARS-Cov-2 PCR Kit)

Nature de prélèvement:

Naso-pharyngé

Résultat:

Présence D'ARN du VIRUS SARS COV-2

Validation Biologique par : Dr BELLAMINE KAWTHAR

Dr. Bellamine Kawthar

Médecin Biologiste

Laboratoire d'Analyses Médicales

Bourgogne

136, Résidence Belhacen Bd. Bourgogne
Tél.: 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99
Fax: 0522 20 81 00 - Casa

Page : 1/1

Adresse : 136, Résidence Belhacen , Bd. Bourgogne - Casablanca

Tél .: 05 22 20 80 99 / 05 22 20 81 02 - Fax : 05 22 20 81 00

Mail : labobourgogne.lamb@gmail.com

site web : www.labobourgogne.com