

## 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

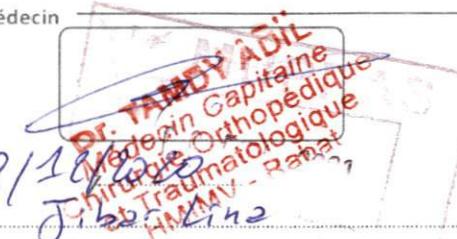
- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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° W19-497518

58867

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	CA	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)				
Matricule : 12441		Société : RAM.		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :		
Nom & Prénom : Jibar Hassan				
Date de naissance : 12-10-1984				
Adresse : N.35 lot oualouh Temara				
Tél. : 6668907154	Total des frais engagés : 900,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin				
Cachet du médecin :				
				
Date de consultation : 08/10/2021				
Nom et prénom du malade : Jibar Hassan				
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	Age:
Nature de la maladie : Prélèvement naso-pharyngé (PCR) (Dépistage Covid 19)				
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 : Casab

Le : 08/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :



## **RELEVE 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
				INP : <u>                  </u>
				<b>Dr. TAMDY AUL</b>
				<b>Medecin Capitaine</b>
				<b>Chirurgie Orthopédique</b>
				<b>Chirurgie Orthopédique</b>
				<b>UV - Rabat</b>

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Acomptes

INP :   

**Dr. TAMDY ABDI**  
**Medecin Capitaine**  
**Chirurgie Orthopédique**  
**Cat Traumatologique**  
**CHU MIMV - Rabat**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>ISAAF MEDICALS</i> Urgence Médicale 3. Groupe Albouroujairi El Ouazzani - Mohamad Ben Hassoun ICE - 03 7657 95 00		<i>Prélevement en dessous</i>				<i>300,00</i>

**ISAAF MEDICINS**  
Urgence Médicale  
3, Groupe Albouraq Al-Mohamed El Ouazzani Stadium - Rabat - 1  
Tél: 053/655-657  
ICE: 022/20290000022

## **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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G	25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	<hr/>			35533411	00000000	11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H		G																				
25533412	00000000	21433552																				
00000000	00000000	00000000																				
<hr/>																						
35533411	00000000	11433553																				
B																						
				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

# ORDONNANCE

RABAT le 08/12/2020

Mr/Mme

Jibra

Dr. TAMDY ADIL  
Médecin Capitaline  
Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologique  
HMIMV - Rabat

Faire svp

test PCR -

Prélèvement

naso-pharyngé -

?

Dr. TAMDY ADIL  
Médecin Capitaline  
Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologique  
HMIMV - Rabat

Cachet du médecin



## FACTURE

Facture N° I12122036  
Rabat, le 11/12/2020

**ISAAF MEDECINS**  
3 Groupe Al Bourtoukal  
Ave Mohamed Bel Hassan El Ouzzanni  
Rabat, Maroc 10000  
Téléphone : +212537657657  
Email : [isaaafmedecins@gmail.com](mailto:isaaafmedecins@gmail.com)  
ICE : 00202029000023

**A l'aimable attention de :**  
Client :lina jibar  
Adresse :  
Ville : rabat  
Téléphone :0668907194  
Email :

## COMMENTS:

HONORAIRES	FORFAIT TOTAL
• Ecouillonnage endo-nasal à domicile – PCR Covid	900.00 dhs
Total T.T.C en MAD	900.00 dhs

Arrêté la présente facture à la somme TTC de :  
**Neuf cents dirhams.**

En votre aimable réglement,  
Cordialement

MERCI POUR VOTRE CONFIANCE EN NOUS !

ISAAF-MEDECINS S.A.R.L AU CAPITAL DE 1.000.000 DHS B.G.N.S.S. 11068643 C.I. 132899287 TENURE 1039011391-26194699465 / 002020200000000287 siège social : Al Bourtoukal Ave. Mohammed El Ouazzani, Takaddoum, Rabat, Tel: 0524557657 et fax: 0520107157 e-mail : info@issafmedecins.com , Site web : [www.issafmedecins.com](http://www.issafmedecins.com) | Compte Bancaire SCGB Agence de Rabat, Takaddoum, RNB N° 02810990231009598123



NAKHIL

AMIR EL AMRANI

Biologiste

Diplômé de l'Université  
de Louvain - Belgique

ISAAF



02R4473

Enf. JIBAR LINA

C.I.N. :

13/07/2017

Télé : 0661460641

RABAT

Médecin: Dr.

Référence: 51209703

du : 09/12/2020

Prélevé le : 09/12/2020

## **BIOLOGIE MOLECULAIRE**

COVID 19.....: PCR TEMPS REEL

Prélèvement naso-pharyngé

RECHERCHE 3 GENES : RDRP /E/N - kit GeneFinder

RESULTAT.....: Positif

Laboratoire NAKHIL

115, Avenue Houmane El Fettouaki - RABAT

T.S.: 05 37 75 03 01 - Fax: 05 37 63 13 24

INP: 103000998 - IF: 34600858

RC: 62766/RABAT - CNSS: 61L4907