

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

- 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 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° W19-458095

63 X62

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3218	Société : R.A.M.		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Béjat Zineb			
Date de naissance : 18/12/54			
Adresse : n° 100 E 11 D 39 C 4 Dr. Abdellah AGADIR			
Tél. : 06613 89556	Total des frais engagés : 815.00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : Béjat Zineb 65 ans Age:			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Cardiog.			
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'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la loi n° 09-08 relative à la protection des données personnelles.
 Fait à : Agadir Le : 11 DEC. 2020 Signature de l'adhérent(e) : 11 DEC. 2020

VOLET ADHÉRENT ..	
Déclaration de maladie N° W19-458095	
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 : 3218	Nom de l'adhérent(e) : Béjat Zineb
Total des frais engagés : 815.00 Dhs	Date de dépôt :

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 DIANE YSE MEDICAL SERVICES 10th Floor, Al-Mashayek Building, P.O. Box 848, Jeddah, Saudi Arabia Tel: 0520 848 451, Fax: 0520 848 451 Dr. Mahfoud File No. 117/11/2020	117/11/2020	A Hadiya	11,000.00

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																	
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																																	
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																	
D.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 																																	
DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <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>B</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B																
H	G																																
25533412	21433552																																
00000000	00000000																																
D	G																																
00000000	00000000																																
35533411	11433553																																
B																																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession																																	
CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																	

Dr BOUKKADI Abdelilah

Médecine Générale

Diplômé de la faculté de Médecine
et C.H.U. Ibn Sina Rabat

D.U. en Diabétologie

Université Paris 13

Médecine de Travail

Echographie

Médecin agréé pour la visite médicale

de permis de conduire

- Médecin expert -

Imm. El Bassita, N° 6 Hay Salam - Agadir -

Tél.: 05 28 22 96 43 - GSM : 06 67 69 71 33



الدكتور بقاضي عبد الله

الطب العام

خريج كلية الطب

والمركز الإستشفائي ابن سينا بالرباط

دبلوم جامعي في علاج أمراض السكري
جامعة باريس 13

طب الشغل

الفحص بالصدى

طبيب معتمد للفحص الطبي

لرخصة السياقة

- خبير طبي -

عمارة البسيطة رقم 6 حي السلام « فوق عجلات النجاح »

05.28.22.96.43 / 06.67.69.71.33 : الهاتف

Agadir, ٢٧.١١.٢٠٢٩

٩ زaine Belyid .

T SR Covid 19
(PCR)

Neur

DR BOUKKADI Abdelilah
OMNIRATICIEN
Diabétologie
Bssita N° 6, Hay Salam
AGADIR - Tel. 0528 22 96 43



Laboratoire Mahfoud d'analyses médicales

Dr.Samir Mahfoud Filali

المساعدة الضيقية على الإنجاب
PROCÉRATION MÉDICALE ASSISTÉE

Spécialiste en analyses médicales : Lauréat de l'UCL. Bruxelles

Spécialiste en procréation médicale assistée : Diplôme de Montpellier UM



Imm Marhaba. Bd. Chaikh Saadi - 29 Février - AGADIR - Tél: 05 28 82 02 10 / 05 28 84 81 72 - Fax : 05 28 82 04 51

Code Patient : 252892

Enregistré le : 17/11/20 à 14h45 par:NB

Prélèvé le : 17/11/20 à 14h44

Édité le : 18/11/20 à 14h05

CIN/PASSEPORT: J31048

DN:18/12/1954

Madame BELJID Zaina

Référence : 171120 389

Dr.

Page: 1/1

EXAMENS DU LABORATOIRE

Autorisation ministérielle N° 12676

CORONAVIRUS SARS COV2 (COVID 19)

(PCR en temps réel): Extraction par EZ1 et amplification par ROTOR-GENE

Date du test: 18/11/2020

RESULTAT: Génome de SARS COV2 est détecté

la sensibilité des tests SARSCOV2 par RT PCR utilisés pour le SARS COV 2 varie selon le type de prélèvement et la période à laquelle celui-ci est effectué au cours de la maladie. Un résultat négatif doit être interprété avec prudence et en présence des symptômes évocateurs, une infection à COVID19 ne peut être totalement exclue.

un résultat SARS COV2 positif est à corrélérer avec l'état clinique du patient et le contexte pandémique actuel.

Résultats validés par Dr Samir MAHFOUD FILALI, Biologiste

Y

LABORATOIRE MAHFLOUD
D'ANALYSE MEDICALES
Imm. Mrhaba, Bd. Cheikh Saadi
Tél: 0528 848 172/0528 820 451
Fax: 0528 820 451
Dr Samir Mahfoud FILALI

Laboratoire MAHFOUD

Adresse: Bd Chaikh Saadi - AGADIR - Maroc
Tél.: 05.28.82.02.10 - Fax: 05.28.82.04.51 ICE:001169237000027
IF: 75701680 INP: 043000520

Code Patient : 252892

17/11/2020

FACTURE N° 155794

Nom et Prénom ... : Madame Zaina BELJID

Prescripteur :

Référence..... : 171120 389

Analyses cotées à : PAT Dh 0,00+ SEC Dh 0,00+ SARS Dh700,00+

Arrêtée le présent recu à la somme de 715,00 Dhs

Sept cent quinze Dirhams et zéro centime

Dr. Samir MAHFOUD
Biologiste
LABORATOIRE MAHFOUD
D'ANALYSE MEDICALES
Imm. Mrhaba, Bd. Cheikh Saadi
Tél: 0528 848 172 / 0528 820 210
Fax: 0528 820 451
Dr. Samir Mahfoud FII AII