

Déclaration de Maladie

Nº M21- 0006482

69441

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :

6600

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom :

MOHDI

FATIHA

Date de naissance :

M. 05. 1957

Adresse :

19 Rue Ahmed El Mokri Bourine

CPA 1

Tél : 06 42 90 03 72

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur TAGMAOUTI Brahim
Médecin Généraliste
76, Rue de Normandie Maârif
Tél. : 05 22 25 50 22

Date de consultation :

16/4/2021

Nom et prénom du malade :

IBRAHIM MOUHDI

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Test Covid

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous l'étiquette ACCUEIL 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] :

MUPRAS

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
16/04/2021	Consultation	01	900.-DH	Docteur TAKAOUTI Brahim Médecine Générale de Normandie Maârif - 01.05.22 25 sc 22

~~testant le Paiement des Actes~~

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ORDRES DE FARMACEUTIQUE		
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
<i>INSTITUT PASTEUR DU... JC Centre de Radiologie Médicale Service Facturation</i>		<i>Abattoirs Analyses</i>	<i>5094.44</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Préparez de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

en estindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
ODF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE

ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES

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.

Dr. TAGNAOUTI Brahim

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Bordeaux
MEDECINE GENERALE

70, Rue de Normandie - Maârif
CASABLANCA
Tél. : 05 22 25 59 32

Casablanca, le

الدكتور إبراهيم التكناوتي

خريج كلية الطب ببوردو

الطب العام

زنقة نورماندي - المعاريف 70

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 25 59 32

الدار البيضاء، في

16 Avril 2021

Mme MOUHDI FATHA

Test Covid 19 PCR

Docteur TAGNAOUTI Brahim
Médecine Générale
70, Rue de Normandie Maârif
Tél. : 05 22 25 59 32





Institut Pasteur
du Maroc

معهد باستور المغرب
INSTITUT PASTEUR DU MAROC

فاتورة
Facture

1, Place Louis Pasteur Casablanca 20360
Tél: +212 (0) 522 43 44 50/63 - Fax : +212 (0) 522 26 09 57
E-mail : pasteur@pasteur.ma - Web : www.pasteur.ma
ICE : 001594848000023 - IF : 1085828 - Patente : 36340200

Madame MOUHDI FATIHA

Réf: 16/04/21-1-0041

Par:MRABH / 16/04/21 /

CIN:BS87412 Né(e) le : 11/05/1957 soit:63 A Tél: 0642900372

ville: CASABLANCA

MAT:

Médecin : Tél:

Date et heure de passage :16/04/21-12h57

INPE :
ICE : 001594848000023

Liste des Examens/Prescription

PCR COVI TIMB_2DH

Total dossier r : 502.00

Part Client : 502.00

Part : 0.00

PATIENT

Part : 0.00

Part : 0.00

Part : 0.00

L'Institut Pasteur du Maroc collecte et traite vos données à caractère personnel en vue d'identifier vos prélèvements, mettre à jour votre historique d'analyses et garantir vos droit à la prise en charge. Ces données peuvent être transmises à des laboratoires externes en cas de sous-traitance.
vous pouvez contacter le service qualité (qhs@pasteur.ma) pour exercer vos droits conformément aux dispositions de la loi 09-08



Institut Pasteur
du Maroc

معهد باستور المغرب
INSTITUT PASTEUR DU MAROC

توصيل لسحب نتائج التحاليلات الطبية

Reçu pour Retrait des Résultats des Analyses Médicales

Par:MRABH / 16/04/21 /

Madame MOUHDI FATIHA

Réf: 16/04/21-1-0041

Liste des Examens

PCR COVI TIMB_2DH

Total dossier : 502.00

Part Patient : 502.00

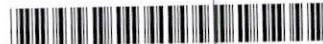
Part AMO : 0.00

Part AMC : 0.00

Part Corres. : 0.00

PATIENT

CAB Num Demande



CAB Num CIN



J'autorise le porteur du présent reçu à récupérer mes résultats d'analyses effectuées à l'IPM

RETRAIT RESULTAT LE:

telephone pour information Casablanca 0522434471/72 Tanger 0539931111

Sauf Samedi, Dimanche et Jours fériés 17/04/21 de 09h00 à 15h00

تاریخ سحب النتائج

ماعدا يوم السبت والأحد والأعياد

Institut Pasteur Casablanca
 1 Place Louis Pasteur
 20360 CASA HOPITAUX
 TEL : 0522434471/72
 FAX : 0522260957
 INPE : 090005786



Contact: Mme EL JARITE
 0666290792
 ICE: 001594848000023
 IF: 1085828

FACTURE 16/04/21-1-0041

Edité, le 26/04/21

Réf : 16/04/21-1-0041

Madame MOUHDI FATIHA

Matricule:
 CIN: B587412

20000 CASABLANCA

Vous avez effectué des analyses le 16/04/21
 Prescrites par le .
 Veuillez trouver ci-dessous le détail de nos honoraires

code	libellé	lettre	Nb Lettre
HN2340	PCR COVID-19	BR	500
FR2	FRAIS TIM	FR	2

Détail de nos Honoraire

Frais Prélèvement	:	
Total B	:	
Total BP	:	
Total BM	:	
Total BR	:500	
Examens	:502.00	
 Total dossier	 :502.00	

Facturé AMO PATIEN	:	
Facturé AMC	:	
Déjà réglé	: 502.00	MAD

