

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 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

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-611668

C. NINIA

MUPRAS

82094

11 AOUT 2021

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7082 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : FARIS TAOUFIK

Date de naissance : 07-02-1958

Adresse : Résidence chabab NAFIR D'Imb13 183 Ag. Sebta

Tél. : 066838552

Durcissement de l'entente préalable Total des frais engagés : 1170.60 Dhs

Cadre réservé au médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12-08-2021

Nom et prénom du malade : AIT LHOUSSAINE ATIKA Age : 46 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ALD physique (cervical)

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

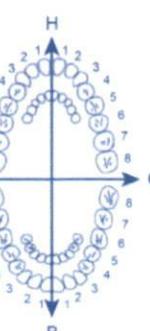
Le : 20/08/2021

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 Patient a été vu
12/18/2021	G	1300.00		INP : 0912021231 Dr Mohamad Ghermez Médecin : Dr Benoissi Cédric Date : 15/31/2021
13/18/2021	Control			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CHARLES ATTHI	13/05/2021	54,62

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Chiropracteur et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Dr. BENNANI MOUSSINE</i> 34, Rue 3 Amal 3 - Sidi Bernoussi Casablanca Tel: 05 22 75 62 85 / Fax: 05 22 75 62 81	12/18/21	B 43-185	500,00 D4

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B			G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B															
	G	35533411	11433553													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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															

Docteur NAWRI Mohamed

Medecine Générale

Echographie

Laureat de la Faculté
de Medecin de Casa



دكتور ناوي محمد
الطب العام
الفحص بالصدى

خريج كلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, le 12 08 2021

Nom : Mait Choussaine Aït Ka

Amelyn broeckhoven

Condiag (LCR)

Relevé de la visite
physique

LABORATOIRE
LABO FAR
Dr. BENNANI MOUHSSINE
34, Rue 3 Amal 3 - Sidi Bernoussi Casablanca
Tél.: 05 22 75 62 85/Fax : 05 22 75 62 86

Dr. Mohamed NAWRI
Medecine Générale
Bd. Abi Dar El Ghaffari Amal III
Casablanca
Tél. : 05 22 75 31 24
Gsm : 06 66 56 47 82

شارع أبي در الغفارى، رقم 144 أمل III - البرنوصى - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.75.31.24
144, Bd. Abi Dar El Ghaffari Amal III, Bernoussi - Casablanca - Tél. : 05 22 75 31 24

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
LABOFAR



BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -
BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

34, Rue 3, Amal 3, Sidi Bernoussi, Casablanca

Tél. : 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86
Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 17h00
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine
labofarbenani@gmail.com

FACTURE N° : 210800412

Mme AIT LHOUSSAINE Atika

Référence : 21082255

Date de l'examen : 12-08-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
9106	PRELEVEMENT BACTERIOLOGIQUE	E25	E
	PCR SARS COV2	B431.85	B

Total des B : 431.85

TOTAL DOSSIER : 500.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cents dirhams .

*laboratoire d'analyses médicales
LABOFAR
Dr. BENNANI Mouhssine
34, Rue 3 Amal 3, Sidi Bernoussi Casablanca
Tel. : 05 22 75 62 85*

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOFAR

BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -
BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

Tél. : 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86

Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 17h00
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine
labofarbennani@gmail.com



Code Patient 18052318
Edition : 12-08-2021 à 21:27

Mme AIT LHOUSSAINE Atika
Né(e) le : 27-05-1975 (46 ans - F)

Référence : 21082255
Médecin :
Prélèvement du : 12-08-2021 à 13:49

ANALYSES SPECIALISEES

Num document d'identité I386451

PCR Sars Cov2 (Covid-19) **Positive – Sars Cov 2 detected**

Nature du prélèvement Pharyngé

Technique : Amplification et détection en temps réel de marqueurs génétique du virus Sars-Cov-2 (Gene E, Gene N et Gene RdRP).

Kit utilisé : Genefinder ; Thermocycleur : BIOER Quantgene9600 ; Interprétation automatique en accord avec les règles de positivité édictées par le fabricant du Kit.

Résultat à confronter au contexte clinique. Un faux négatif est en particulier possible durant la phase d'incubation du virus (contage < 5j en l'état actuel des connaissances).

Merci à tous les voyageurs de vérifier l'orthographe de leur nom et prénom, leur date de naissance, ainsi que leur numéro de pièce d'identité.

Demande validée biologiquement par : Dr. M.BENNANI

*Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOFAR
Dr BENNANI Mouhssine
34, Rue 3 Amai 3 - Sidi Bernoussi, Casab
Tel: 05 22 75 62 85/Fax: 05 22 75 62 86*

*Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOFAR
Dr BENNANI Mouhssine
34, Rue 3 Amai 3 - Sidi Bernoussi Casab
Tel: 05 22 75 62 85/Fax: 05 22 75 62 86*