

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.

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

Reclamation : 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 caractére 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

82727

Déclaration de Maladie : N° P19-0010173

 Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **7580**Société : **RAM** Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

ESSAHI BI Hassan Date de naissance : **01/11/1961**

Adresse :

N°20 Bloc 3 HAY AL ELHAM ALJEHADIA OchéraTél. : **0695560949**Total des frais engagés : **500,00**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdelaziz SAHIBI
Echographie - Diabétologie
Diététique Médicale - Médecine Générale
N° 10 Av. Mokhtar Soussi Imm. Hogounia
Inezgane Tel. : 05 28 33 33 33

Date de consultation : **11 AOUT 2021**Nom et prénom du malade : **ESSAMI BI Hassan**Age : **59**

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Synthèse fribule sur 3000

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) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0010173

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 : **7580**Nom de l'adhérent(e) : **ESSAHI BI Hassan**Total des frais engagés : **500,00 Dhs**

Date de dépôt :

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
11 AOUT 2021	Couler		Rebuit	<i>Docteur Abdelaziz SAHIB Echographie - Diabologie Pratique Médicale - Médecine Générale Dr. N. A. S. - Tel : 05 28 33 33 33</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		<i>N° 109 Av. Hassan II - INEZGANE Tél : 05 28 33 40 77 - Fax : 05 28 33 84 09</i>

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE SAADA Analyses Biologiques Médicales N° 109 Av. Hassan II - INEZGANE Tél : 05 28 33 40 77 - Fax : 05 28 33 84 09	10/08/2021	B 455 + PVT	300,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	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'EXECUTION

Docteur Abdelaziz Sahibi

Diplômes Universitaires en :
Diabétologie - Diététique Médicale
Echographie
de l'Université de Montpellier 1 - France

Médecine Générale



INEZGANE, Le : 11/08/2021

INPE : 0411 22 797

الدكتور عبد العزيز صحبي

دبلومات جامعية في :
داء السكري - التغذية الطبية
الإيكوغرافيا
خريج جامعة مونبليي 1 - فرنسا

الطب العام

Bilan

Nom : ESSAHIBI HASSAN

Test Covid 19: PCR

LABORATOIRE SAADA
Analyses Biologiques Médicales
N° 109 Av. Hassan I - INEZGANE
Tél.: 05 28 83 40 79 / Fax : 05 28 33 84 09

Docteur Abdelaziz SAHIBI
Echographie - Diabétologie
Diététique Médicale - Médecine Générale
N° 10 Av. Mokhtar Soussi Imm. Hagounia
Inezgane - Tél. : 05 28 33 33 33



N° 109 Av Hassan I (Ex Rue Essaada)
les Amicales. CP : 80350 Inezgane -
Tél : 05 28 83 40 79

LABORATOIRE SAADA D'ANALYSES
MEDICALES

مختبر السعادة للتحاليل الطبية

Facture

N° Facture : 2021/0153

Date : 11/08/2021

Inezgane , le 11/08/2021

Mr ESSAHIBI Hassan

Désignation Acte	
CV	SARS-CoV-2 (COVID 19 - Coronavirus) - RT-PCR

Total en DH : 500

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq cent dirhams***

Signature overprinted with:
LABORATOIRE SAADA
Analyses Biologiques Médicales
N° 109 Av Hassan I - INEZGANE
Tél: 05 28 83 40 79 / Fax: 05 28 33 84 09



مختبر السعادة للتحليلات الطبية
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SAADA

Biochimie clinique
Bactériologie médicale
Virologie médicale
Parasitologie médicale
Mycologie médicale

Hématologie
Immunologie
Auto-immunité
Epreuves fonctionnelles
Biologie de la procréation



INP: 043001569



Résultats du bilan biologique

COMPTE RENDU D'ANALYSES

Inezgane le : 11/08/2021



ESSAHIBI Hassan

CIN/ Passeport: **JB12270**

Dossier N°: 110821/240

Prélèvement du: **11/08/2021 14:20**

Page : 1 / 1

BIOLOGIE MOLECULAIRE

SARS-CoV-2 (COVID 19 - Coronavirus) - diagnostic direct par RT-PCR

Extraction des acides nucléiques et PCR spécifique (RT-PCR en temps réel) pour le virus COVID-19 (SARS-CoV-2)

RESULTAT ANALYSE : NEGATIF

**PRELEVEMENT
NASOPHARYNGEE**

Bilan validé Biologiquement Le 11/08/2021



Dr. Ahmed IDMOUSSA
Médecin Biologiste

Dr. AHMED IDMOUSSA
Médecin Biologiste



رقم 109 . شارع الحسن الأول حي الموظفين إنزكان -
N° 109. Av Hassan I. Les amicales CP : 80350 Inezgane -
Tél : 05 28 83 40 79 - fax : 05 28 33 84 09 - Email : labosaada.i@gmail.com