

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° W21-641875

ND : 91803



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3428 Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Zizi Mohamed

Date de naissance : 26/06/1966

Adresse : 12 Rue Rochel-Ange Ralve

CASABLANCA

Tél. : 0661 33 16 33

Total des frais engagés : 1

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/09/21

Nom et prénom du malade : Zizi NOURI

Age : 21

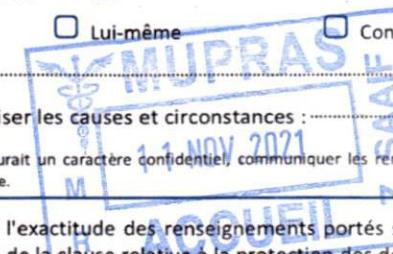
Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



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 06/09/21

Le : 07/09/21

Signature de l'adhérent(e) :

Signature overruled

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
07/09/21		G		INP : 2511181445 Dr. ELABIDI Médecin - Pédiatre Hôpital El Idriss - KENITRA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ISMAÏLA - KENITRA	07-09-21	188.62

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LAB d'analyses biologiques et radiologiques de BENI MSAUD Aïn el Océan PA : 01600748 INP : 053063053 IF : 00459291 ICE : 002264699000084 29, Rue 22 - SIDI KACEM.	07-09-21	B: D	700 DH

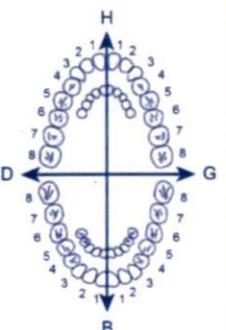
INPE:053063053

AUXILIAIRES MEDICAUX

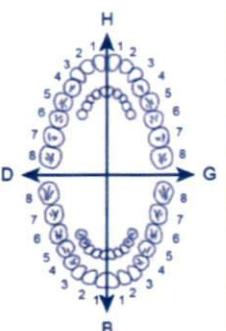
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

DATE 07.09.21
M. ZIZI NOUR

CACHET

$$2 \times 79.70 = 159.40$$

1) Zithromax 500 (2 BT)
1cp le 1^{er} jour

Puis 1/2 cp/j pd 105

$$2 \times 144.60 = 29.20$$

2) Doliprane 1000 (2 BT)
1cp 3/3

14,60

PPV 14DH00
PER 07/24
LOT K2045

PPV: 14DH00
PER: 07/24
LOT: K2119

D. ELABY'S
Médecin Pédiatre
Hôpital El Idrissi - KENITRA



DATE 07.09.21
M. ZIZI NOUR.

CACHET

PCR

*Laboratoire International
d'analyses biologiques médicales
PATENT : 21601748 - INPE : 03063053
IF : 34459291 - ICE : 002264699000084
23/08/22 SUBHACEM.*

*Dr. ELABY.S
Médecin Spécialiste
Hôpital El Kness - KENTRA*

ZITHROMAX®
azithromycine 500 mg



Respecter les doses prescrites

liste 1 uniquement sur ordonnance

ZITHROMAX 500 MG

Boîte de 03 comprimés

Lot : 1278520

Date Fab : 08 / 2018 Date Exp : 08 / 2021

PPV : 78,70 DH

Laboratoires
Pfizer S.A.

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
Km 0,5 Route de Oujda 24000 Errachidia

6118000250500

ZITHROMAX® 500 mg
azithromycine

3 comprimés sécables

Pfizer

زিথرومакс

أزيثروميسين



500 mg / 3 أقراص

ZITHROMAX® 500 mg
3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV.: 12 2 2 2

P.P.V.

79 70

LOT N°: 12929

79,70

09366030/4

FACTURE N° : 210009306

SIDI KACEM le 07-09-2021

Mme ZIZI Nour

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PAD	PRELEVEMENT A DOMICILE RT-PCR RAPIDE COVID	E100 E600	E E

Total des B : 0

TOTAL DOSSIER : 700.00 DH

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

LABORATOIRE INTERNATIONAL
d'analyses biologiques médicales
PATENTE : 21600740 INPE : 053068053
IF : 34450291 IGE : 002204699000084
29, Rue 22 - SIDI KACEM.

المختبر الدولي

للتحاليل البيولوجية الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL
d'Analyses Biologiques Médicales

أخذ العينات من المنزل



Date du prélèvement : 07-09-2021 à 09:06
Code patient : 2109070095
Né(e) le : 01-01-2000 (21 ans)
N° ID : BE896842



Professeur BAHJI Mostafa
Medecin Biologiste

Professeur A.
(Faculté de Médecine et de Pharmacie - Rabat)
Ex. Médecin Lt Colonel
(Hôpital Militaire Mohamed V - Rabat)

بروفسور بهجي مصطفى
طبيب إختباري

بروفسور
(كلية الطب والصيدلة - الرباط)
طبيب لكونينيل سان
(المستشفى العسكري محمد الخامس - الرباط)

Mme ZIZI Nour
Dossier N° : 2109070095
Prescripteur : Ville de KENITRA

BIOLOGIE MOLECULAIRE

Recherche du Génome SARS-CoV-2 (gène RdRp, gène N et gène E)
(Technique de RT-PCR en Temps Réel sur GENEFINDER)

Prélèvement : Ecouvillonage Nasal et Pharyngé

Résultat : **POSITIF**

NB : L'interprétation du résultat est en fonction de la clinique, du profil sérologique (anticorps anti SARS-CoV2 IgM / IgG) et de la date et la qualité du prélèvement naso-pharyngé.

Molecular Biology NAAT of SARS-CoV-2 (RdRp, N and E gene)
(Technic of RT-PCR on reel time at GENEFINDER)

Type of sample : Nasal and Pharyngeal Swab

Result : **POSITIVE**

Validé par : **Pr. BAHJI Mostafa**

