

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-611246

103669

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7854	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KHADDA BRAHIM			
Date de naissance : 20 / 11 / 1969			
Adresse : AL AZHAR RUE 3 N° 320 BERNOUSSI CASA			
Tél. 06 43 71 53 69 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	- <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.	

MUPRAS Age : 51
14 FEV. 2022
ACCUEIL
KH. HINNI

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 : **CASA** Signature de l'adhérent(e) : 
Le : **10 / 12 / 2021**



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

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>ANALYSE</i>	10/12/21	Analysé	121h,00 D.F.

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Institut Pasteur
du Maroc

معهد باستور المغرب
INSTITUT PASTEUR DU MAROC

فاتورة
Facture

Réf: 10/12/21-1-0041

« Que l'on multiplie les laboratoires pour que l'humanité grandisse, se fortifie et devienne meilleurs » Louis Pasteur

Par: JMAHI / 10/12/21

Enfant KHADDA WISSAL

CIN: Né(e) le : 08/04/2006 soit:15 A Tél: 0661386854 ville: CASABLANCA

MAT:

Médecin : DR BEN ITTO AFAF Tél:

Date et heure de passage :10/12/21-10h03



INPE :

ICE :001594848000023

Liste des Examens/Prescription

CSC PR_10DH TIMB_4DH

Total dossier r : 1214.00
Part Client : 1214.00
Part : 0.00
Part : 0.00
Part : 0.00

PATIENT

INSTITUT PASTEUR
DU MAROC
Centre de Biologie Médicale
Service Facturation

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

Dr. BEN ITTO Afaf

Pédiatrie générale
Epilepsie, Vidéo EEG
Maladies métaboliques et génétiques
Maladies neuromusculaires
Troubles des apprentissages scolaires
Retard Mental
Autisme et Hyperactivité



د. عفاف بن يطو

طب الاطفال
مرض الصرع - التخطيط الكهربائي للدماغ
أمراض الاستقلاب الوراثية
أمراض الجهاز العصلي والعصبي
مشاكل التعلم الدراسي
التاخر الذهني
التوحد - فرط النشاط الحركي

casa le : 10/11/2021

KHADDA WISSAL

petite taille, dysmorphie
faire svp : caryotype standard.

Dr. AFIA BEN ITTO
Pédiatre, Neuro-Pédiatre, Pédiatre Généraliste
Spécialiste en Autisme et Hyperactivité



Institut Pasteur
du Maroc

Dossier: S555-2021

Référence: 10-12-21 / 41

Nom/Prénom: KHADDA WISSAL

Date de naissance: 08/04/2006

Date Prélèvement: 10/12/2021

Nature prélèvement: Sang

Médecin: Dr. BEN ITTO Afaf

Indication: Dysmorphie , petite taille

Résultat: 46,XX



Commentaire: Caryotype de sexe Féminin

Pas d'anomalies décelées dans la limite de cet examen.

Technique: 50 mitoses examinées, 12 mitoses classées en bandes RHG, résolution à 400 paires de base.



Dr. NASSEREDDINE SANAA
Médecin Généticienne
Service de Cytogénétique
Institut Pasteur du Maroc

Rendu le : 27/12/2021