

# 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.

## Éducation :

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

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.

**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



SA 308

## Déclaration de Maladie : N° P19-0006523

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 007005 Société : RAO

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : FAHER Jamila Date de naissance : .....

Adresse : Habituella .....

Tél. : 0668451409 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

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 : CASABLANCA Le : 19/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ 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

# 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
	19.11.2022		5000H

# AUXILIAIRES MEDICAUX

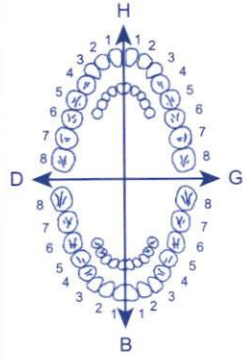
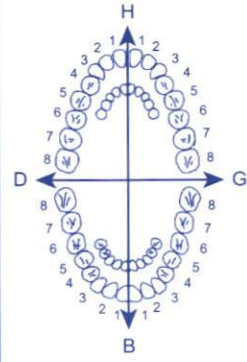
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				
				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

**Madame FAHER JAMILA**      **Réf: 19/11/20-1-0101**

Par:AJARI / 19/11/20 / 10

CIN:B182402 Né(e) le : 01/06/1963 soit:57 A Tél: 0668451400 ville: CASABLANCA

MAT:0007005

Médecin :                      Tél:

Date et heure de passage :19/11/20-10h00

INPE :   
ICE :001594848000023

Liste des Examens/Prescription

PCR COVI TIMB\_2DH

**Total dossier r** : **502.00**  
**Part Client** : **502.00**  
**Part** : **0.00**  
**Part** : **0.00**  
**Part** : **0.00**

PATIENT

*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 etre 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.*

**Madame FAHER JAMILA**

**Réf: 19/11/20-1-0101**

Par:AJARI / 19/11/20 / 10

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*

Téléphone pour information Casablanca 0522434471/72 Tanger 0539931111

**20/11/20 de 09h00 à 15h00**

## OMNIPRATICIEN

Diplôme universitaire en diabétologie  
Diplôme universitaire en Diététique médicale et Nutrition  
Diplôme universitaire en échographie clinique  
Faculté de Médecine Montpellier France  
ELECTROCARDIOGRAMME  
Membre de la Société Francophone du Diabète  
sur rendez-vous

## الطب العام

دبلوم جامعي في مرض السكري  
دبلوم جامعي في الحماية الطبية و التغذية  
دبلوم جامعي في الفحص بالصدى  
من كلية الطب مونبولي - فرنسا  
التخطيط الكهربائي للقلب  
عضو الجمعية الفرونكوفونية لمرض السكري  
بالموعد

Casablanca, le 19/11/2022 في الدار البيضاء.

M= Falm Jauh

PCR (SMS Lw 2)

Dr. Hassan CHAHID  
OMNIPRATICIEN Echographie Clinique  
DIPLOME EN DIABETOLOGIE  
146, Rue Moulay Idriss, Hay Baladia - Casablanca  
(Tél: 05 22 80 91 91 - Urgences : 06 61 20 14 20)



Institut Pasteur  
du Maroc

**Directeur**

Pr A. MAAROUFI

**Biologie**

Dr A. Bellik

Dr S. Kacimi

Dr C. Lhamiani

Dr J. Nouril

Dr D. Messaoudi

Dr S. Benjelloun

Dr A. Bennani

Dr S. Bennani

Dr M. Azhari

Dr A. Ainahi

Dr H. Mohammadi

Dr S. EZZIKOURI

**TANGER**

Dr W. Oudaina

**Anatomie-cytopathologie**

Dr H. Benomar

Dr A. Oukkadi

**Cytogénétique**

Dr S. Nasserddine

P

**Madame FAHER JAMILA**

Demande n° 19/11/20-1-0101

20000 CASABLANCA

Date et heure d'enregistrement : 19/11/20 10H00

Date et heure de prélèvement : 19/11/20 10H09

Date de naissance : 01/06/1963

Hors tiers payant -

Demande n° 19/11/20-1-0101 - -

Edité le : vendredi 20 novembre 2020

**VIROLOGIE**

Valeurs de référence

Antériorités

**Détection du SARS-CoV-2 (COVID-19) par PCR en temps Réel**  
**Real-time PCR SARS-CoV-2(COVID-19)**

Nature prélèvement (Specimen) : Rhinopharyngé (nasopharyngeal swab)

Résultat (Result):

**SARS-CoV-2 NEGATIF**  
**SARS-CoV-2 NEGATIVE**

Résultat à interpréter en fonction du contexte clinique.

Réactifs (Reagents) : GenFinder™ COVID-19 Plus RealAMP Kit (CE-IVD)

Validé le 20/11/20

Dr. Abdelhakim Bellik  
Médecin Biologiste  
Institut Pasteur du Maroc  
Tél: +212 522 434 711 / 72



**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 19/11/20-1-0101***Edité, le 20/11/20*

Réf : 19/11/20-1-0101

**Madame FAHER JAMILA**

Matricule: 0007005

CIN: B182402

20000 CASABLANCA

Vous avez effectué des analyses le 19/11/20  
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

Total BM : 0

Total BP : 0

Total BR : 500

Mnt BM : 0 \* 0.90 = 0

Mnt BP : 0 \* 1 = 0

Mnt BR : 500 \* 1 = 500

Mnt FR : 0 \* 1 = 0

TOTAL dossier = 500 DH

