

# 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.

## Education :

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.

## Prothésaire :

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



## Déclaration de Maladie

Nº M20- 0003809

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1482 Société : R.A.M 55-426

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Khaila Noureddine

Date de naissance :

01/3/50

Adresse :

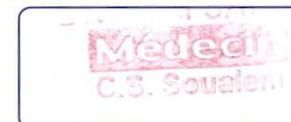
Nassr Al Kheir 115 n° 20 An Diab

Tél. : 0661223889

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

12/11/2020

Nom et prénom du malade :

Najat El Kamel

Age : 25

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Susp. crise vs.

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 Nº M20-03809

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

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
12/11/2018	Création de la consultation	1	10000	 

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11.11.92	pour 000	500000

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VIOLET ADHERENT

20080

\* 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

#### **[Création, remont, adjonction]**

#### **AVANTICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**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 11/11/20-1-0331**

*Edité, le 14/01/21*

Réf : 11/11/20-1-0331

**Madame EL KANFOUD NAJAT**

Matricule:  
 CIN: JB96676

20000 CASABLANCA

Vous avez effectué des analyses le 11/11/20  
 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

#### Détail de nos Honoraires

Frais Prélèvement	:	
Total B	:	
Total BP	:	
Total BM	:	
Total BR	: 500	
Examens	: 502.00	
 Total dossier	: 502.00	

Facturé AMO PATIEN	:	
Facturé AMC	:	
Déjà réglé	: 502.00	MAD



Date : 12/11/2020

# ORDONNANCE

Najat EL KANFOUD



Y PCR covid 19.



**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. Azharl

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 EL KANFOUD NAJAT**  
Demande n° **11/11/20-1-0331**

20000 CASABLANCA

Demande n° **11/11/20-1-0331** - -  
Edité le : jeudi 12 novembre 2020

Date et heure d'enregistrement : 11/11/20 11H53  
Date et heure de prélèvement : 11/11/20 12H01

Date de naissance : 04/05/1959

Hors tiers payant -

## VIROLOGIE

Valeurs de référence

Antécédents

### **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 12/11/20

د. عبد الرحيم بليلي  
Dr. Abderrahmane BELILY  
Medical Biologist  
Institut Pasteur du Maroc  
Tél: +212 522 434 471 / 72

**Institut Pasteur du Maroc Centre de Biologie Médicale e-mail:cbm.info@pasteur.ma**

1 Place Louis Pasteur 20360 Casablanca +212 522 434 471/72 +212 522 434 477/+212 522 260 957

1 Rue Qortobi – Place Marchan CP 90000 Tanger +212 539 931 111 +212 539 932 299

web: [www.pasteur.ma](http://www.pasteur.ma) relation clientèle: [client@pasteur.ma](mailto:client@pasteur.ma) INPE : 090005786





Institut Pasteur  
du Maroc

# معهد باستور المغرب

INSTITUT PASTEUR DU MAROC  
Madame EL KANFOUD NAJAT

## 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

## توصيل لسحب نتائج التحاليل الطبية

## Reçu pour Retrait des Résultats des Analyses Médicales

Réf: 11/11/20-1-0331

PAL-MAROC / 11/11/20 /

CAB Num Demande



CAB Num CIN



J'autorise le porteur du présent reçu à récupérer mes résultats d'analyses effectuées à l'IPM

**RETRAIT RESULTAT LE:**

Sauf Samedi, Dimanche et Jours fériés

Téléphone pour information Casablanca 0522434471/72 Tanger 0539931111

12/11/20 de 09h00 à 15h00

تاریخ سحب النتائج

ماعدا يوم السبت والأحد والأعياد