

# 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.

## Educational :

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.

## Chirurgie :

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

N° M20- 0003809

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1482 Société : RAM 55426  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Khaila noureddine  
Date de naissance : 01/13/50  
Adresse : Nasser Rue 115 n°20 An Diab  
Tél. : 0661223889 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Médecin  
C.S. Soualem

Date de consultation : 12/11/2020  
Nom et prénom du malade : Najet Bekouf Age : 50g  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Suspense carid is  
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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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 :




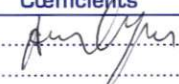
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/11/22		Ci	fruits	

# 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
	11.11.22		500000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

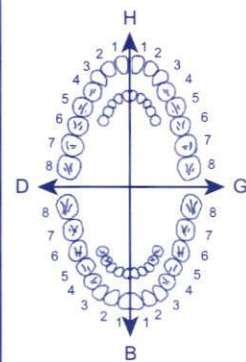
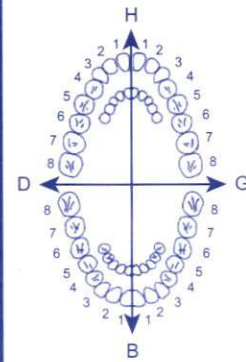
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

## VOLET ADHERENT

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

**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 ELKANFoud



y PCR Covid 19.







Institut Pasteur  
du Maroc

#### Directeur

Pr A. MAAROUFI

#### Biologie

Dr A. Bellik

Dr S. Kacimi

Dr C. Lhamlani

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 EL KANFOUD NAJAT**

Demande n° **11/11/20-1-0331**

20000 CASABLANCA

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 -

Demande n° **11/11/20-1-0331 - -**

Edité le : jeudi 12 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 12/11/20

Dr. Abdelhakim B. ELIL  
Biologiste  
Institut Pasteur du Maroc  
Tél: +212 522 434 471 / 72

Institut Pasteur du Maroc Centre de Biologie Médicale e-mail: [cbm.info@pasteur.ma](mailto: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

Madame EL KANFOUD NAJAT

معهد باستور المغرب

INSTITUT PASTEUR DU MAROC

Réf: 11/11/20-1-0331

توصيل لسحب نتائج التحليلات الطبية

Reçu pour Retrait des Résultats des Analyses Médicales

Pat:MKARO / 11/11/20 /

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



S'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

تاريخ سحب النتائج

ماعدا يوم السبت و الأحد و الأعياد