

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

ND: 4218

## Déclaration de Maladie : N° P19-0007208

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2207 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AZIZ BOUCHAIB Date de naissance : 04.08.1957

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0664.074.097 Total des frais engagés : 602 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/09/2020

Nom et prénom du malade : M.Z. Boujemaa Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : aff. M.Z. MUPRAS

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 : 23/09/2020 Le : 23/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## **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
22/09/2012	C	0.1	100 m	
23/09/2012				
24/09/2012				

## **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
	23.09.20	Therapie	502,00 € HT

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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 l'ostéodensitométrie.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the 16-cell lattice in a four-dimensional coordinate system. The axes are labeled D (horizontal), G (vertical), H (upward), and B (downward). The lattice points are represented by small circles, and they are arranged in a pattern that forms a cube-like structure in 4D space. The points are numbered from 1 to 16, corresponding to the vertices of the 16-cell. The numbers are placed near their respective points, showing a repeating sequence of values along the edges of the lattice.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

# ORDONNANCE

Le 22 / 9 / 2020

A72

Bwutazig

Re 2.



Signature et cachet du médecin



**Monsieur AZIZ BOUCHAIB**

**Réf: 23/09/20-1-0011**

Par:AJARI / 23/09/20 / 08

CIN:B273382 Né(e) le : 04/08/1957 soit:63 A Tél: 0664074077 ville: CASABLANCA

MAT:2207

Médecin : Tél:

Date et heure de passage :23/09/20-08h13

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 être transmises à des laboratoires externes en cas de sous-traitance.

Vous pouvez contacter le service qualité ([qhs@pasteur.ma](mailto:qhs@pasteur.ma)) pour exercer vos droits conformément aux dispositions de la loi 09-08.



**Monsieur AZIZ BOUCHAIB**

**Réf: 23/09/20-1-0011**

Par:AJARI / 23/09/20 / 08

**توصيل لسحب نتائج التحليلات الطبية**

**Reçu pour Retrait des Résultats des Analyses Médicales**

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

**RETRAIT RESULTAT LE :**

24/09/20 de 09h00 à 15h00

Sauf Samedi, Dimanche et Jours fériés

تاریخ سحب النتائج

ماعدا يوم السبت والأحد والأعياد

**Directeur**

**Pr A. MAARQEUI**

**Biologie**

Dr A. Bellik

Dr S. Kacimi

Dr C. Lhamiani

Dr J. Nourill

Dr D. Messaoudi

Dr S. Benjelloun

Dr A. Bennani

Dr S. Bennani

Dr M. Azhari

Dr A. Aïnabi

Dr H. Mohammadi

Dr S. EZZIKOURI

**TANGER**

Dr W. Oudaina

**Anatomie-cytopathologie**

Dr H. Benomar

Dr A. Oukkadi

**Cytogénétique**

Dr S. Nasserddine

P

**Monsieur AZIZ BOUCHAIB**

Demande n° **23/09/20-1-0011**

qods bernoussi

20000 CASABLANCA

Demande n° **23/09/20-1-0011** - -  
Edité le : mercredi 30 septembre 2020

Date et heure d'enregistrement : 23/09/20 08H13

Date et heure de prélèvement : 23/09/20 08H22

Date de naissance : 04/08/1957

Hors tiers payant -

## VIROLOGIE

Valeurs de référence

Antériorités

### Détection du SARS-CoV-2 par PCR en temps Réel

Nature prélèvement : Rhinopharyngé

Résultat:

**SARS-CoV-2 NEGATIF**

Résultat à interpréter en fonction du contexte clinique.

Réactifs : GenFinder™ COVID-19 Plus RealAMP Kit

Validé le 23/09/20

د. عبد الرحيم بلقيس  
Dr. Abderrahmane BELKHEIS  
Médical Biologiste  
Institut Pasteur du Maroc  
Tél: +212 522 400 71 72

