

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

lade 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'Horlage Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

45609

## Déclaration de Maladie : № S19-0052151

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8713 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BOUZNAÏNE Nadia Date de naissance : 11.07.67

Adresse : n° 31, Sét ismazih résidence panoramique Sidi Bouzid

Tél. : 0661.06.8290 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ELAFOU Najat  
Médecin CHS El Gouds  
Prefecture sidi Ben houss

Date de consultation : 14 / 03 / 2020

Nom et prénom du malade : BOUZNAÏNE Nadia Age : 53c

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Dolors abdominales

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) :

## 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
11/11/2018/2020				Dr ELAFOU Majat Medecin C/S E. Qods Prefecture sidi Bennasser

## **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>INSTITUT PASTEUR Dr. Centre de... Service de Facturation Médicale</i>	03-9-80		500 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan d

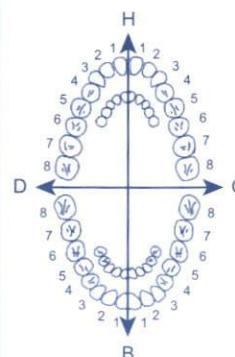
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT  
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le : 14/04/2020

## ORDONNANCE

NADIA Bouamra

Détection du SARS-CoV2

par PCR





**معهد باستور المغرب**  
**INSTITUT PASTEUR DU MAROC**

**فاتورة**  
**Facture**

1, Place Louis Pasteur Casablanca 20360  
Tél: +212 (0) 522 43 44 50 / 63 - Fax : +212 (0) 522 26 09 57  
E-mail : pasteur@pasteur.ma - Web : www.pasteur.ma  
ICE : 001594848000023 - IF : 1085828 - Patente : 36340200

**Madame BOUANANE NADIA**

**Réf: 14/09/20-1-0061**

Par:AJARI / 14/10/20 / 12

CIN: Né(e) le : 11/07/1967 soit:53 A Tél: 0661068290 ville: CASABLANCA

MAT:8713

Tél:

Médecin :

Date et heure de passage :14/09/20-09h12

INPE :   
ICE : 001594848000023

Liste des Examens/Prescription

PCR COVI TIMB\_2DH

<b>Total dossier r</b>	<b>:</b>	<b>502.00</b>
<b>Part Client</b>	<b>:</b>	<b>502.00</b>
<b>Part</b>	<b>:</b>	<b>0.00</b>
<b>Part</b>	<b>:</b>	<b>0.00</b>
<b>Part</b>	<b>:</b>	<b>0.00</b>

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) pour exercer vos droits conformément aux dispositions de la loi 09-08.

**Directeur**

Pr A. MAAROUFI

**Biologie**

Dr A. Bellik

Dr S. Kacimi

Dr C. Lhamiani

Dr J. Nourli

Dr D. Messaoudi

Dr S. Benjelloun

Dr A. Bennani

Dr S. Bennani

Dr M. Azhari

Dr A. Ainahi

Dr H. Mohammadi

**Anatomie-cytopathologie**

Dr H. Benomar

Dr A. Oukkadi

**Cytogénétique**

Dr S. Nasserddine

P

**Madame BOUANANE NADIA**  
Demande n° **14/09/20-1-0061**

20000 CASABLANCA

Demande n° **14/09/20-1-0061** - -

Édité le : mardi 15 septembre 2020

Date et heure d'enregistrement : 14/09/20 09H12

Date et heure de prélèvement : 14/09/20 09H21

Date de naissance : 11/07/1967

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 POSITIF

Le résultat est obtenu à partir d'un échantillon prélevé le 14/09/2020 à 09H21.

Réactifs : GenFinder™ COVID-19 Plus RealAMP Kit

Validé le 15/09/20

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

