

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIER POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

entaire :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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.

Matricule : **7767** Société : **RAM**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **BENTAHILA SAAD**

Date de naissance : **10/07/1953**

Adresse : **Lot le Colline 1 n° 24 EAP**

Tel. : **06 66 87 26 59** Total des frais engagés : **502** Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : **02/11/2020**

Nom et prénom du malade : **Allal Ben Abdellah**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Affection préexistante**

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 : **02/11/2020** Le : **02/11/2020**

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23/09/20 | Cr | Coefact | |  |
| | | | | |

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>Service Facturation</i> <i>Centre de Radiologie Médicale</i> | 23.08.20 | <i>Anastysia</i> | <i>502,00 M</i> |

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 de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

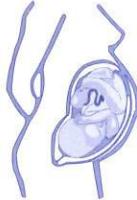
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Saâd Agoumi

Spécialiste

Gynécologue - Obstétricien

Sur Rendez-vous



الدكتور سعد أغمي

اختصاصي

أمراض النساء والولادة

بالميعاد

m. BENTAHILA LINA

Casablanca, le

23/08/20

Fract

PCR

Covid 19

*Dr. Saâd AGOUMI
Gynécologue Obstétricien
120 Bd. Moulay Idriss 1er
Tél: 05 22 86 41 05 - CASA*



Institut Pasteur
du Maroc

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

Melle BENTAHILA LINA

Réf: 23/08/20-1-0071

Par: MKARO / 23/08/20 /

CIN: Né(e) le : 02/05/1995 soit:25 A Tél: 0666872659 ville:

MAT:

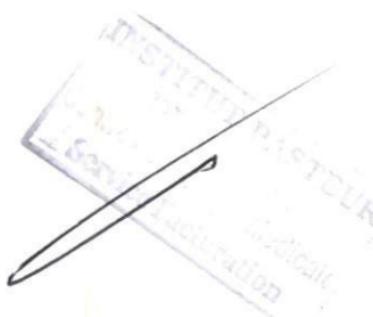
Médecin : Tél:

Date et heure de passage : 23/08/20-10h08

INPE : 
ICE : 001594848000023

Liste des Examens/Prescription

PCR COVI TIMB_2DH



PATIENT

| | |
|-----------------|----------|
| Total dossier r | : 502.00 |
| Part Client | : 502.00 |
| Part | : 0.00 |
| Part | : 0.00 |
| Part | : 0.00 |

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

Melle BENTAHILA LINA
Demande n° 29/08/20-1-0071

Date et heure d'enregistrement : 29/08/20 10H08

Demande n° 29/08/20-1-0071 - - -

Date et heure de prélèvement : 29/08/20 10H17

Édité le : dimanche 30 août 2020

Date de naissance : 02/05/1996

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 29/08/20

د. عبد الرحيم بلق
Dr. Abderrahim BELKACEM
Chef de l'Unité de Biologie
Institut Pasteur du Maroc
Tél: +212 522 434 471/72

