

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

## itions 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 canaux, 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 canaux.

## adie 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

45673

## Déclaration de Maladie : N° S19-0052152

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8713 Société : .....

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Bouanane Nadia Date de naissance : 11.07.67

Adresse : n° 31, lot ismailia résidence Panoramique Gd'Anjar

Tél. : 0661.0682.90 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/10/2020

Nom et prénom du malade : Bouanane Nadia Age : 53

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Broncho Pneumopathie

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) : .....



# 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
12/10/2020				Dr. ELAFOUHAJAT Médecin Chir. G.D.S. Préfecture sidi Belhoussi

# 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
INSTITUT PASTEUR DU Centre de Diagnostic Médicale Service Facturation	12/10/2020		502 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de

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 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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le : 12/10/2020

## ORDONNANCE

NADIA BOUANE

Debut du SARS COV2 par PCR

INSTITUT PASTEUR  
Centre de Médecine Médicale  
Service Facturation

Dr. ELAFOU Najat  
Médecin C/S El Gouds  
Prefecture sidi Bernoussi



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](mailto:pasteur@pasteur.ma) - Web : [www.pasteur.ma](http://www.pasteur.ma)  
ICE : 001594848000023 - IF : 1085828 - Patente : 36340200

Madame BOUANANE NADIA

Réf: 12/10/20-1-0421

Par: AJARI / 12/10/20

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

MAT: 8713

Médecin : Tél:

Date et heure de passage : 12/10/20-13h48

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 droits 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



Institut Pasteur  
du Maroc

**Directeur**

Pr A. MAAROUFI

**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. 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 BOUANANE NADIA**

Demande n° **12/10/20-1-0421**

20000 CASABLANCA

Date et heure d'enregistrement : 12/10/20 13H48

Date et heure de prélèvement : 12/10/20 13H56

Date de naissance : 11/07/1967

Hors tiers payant -

Demande n° **12/10/20-1-0421** - -

Edité le : mercredi 14 octobre 2020

## VIROLOGIE

Valeurs de référence

Antériorités

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

14/09/20

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 12/10/20

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

