

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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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 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.

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

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.

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° W21-615632

83037

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4527 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : ABDELCAJIF HAFIDI

Date de naissance : 19/07/1956

Adresse : 39 LOT AN DIAB II CGA

Tél : 0661194676 Total des frais engagés : 502,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. EL HAIBA Abdelatif Pneumologue 74 Angle Bd de Tes Bd 2 Mars

Date de consultation : 7/08/2021

Nom et prénom du malade : HAFIDI Abdelatif Age : 61

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

Nature de la maladie : Affection Respiratoire

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 : CASABLANCA

Le : 07 / 08 / 21

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
21/08/2021			GNATH	INP : 09170578916 Dr. EL HAÏA Abdellah Pneumologue Angle Bd de Fes Bd 2 Mars Tél: 05 62 50 90 15

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Centre de Radiologie Médicale INSTITUT PASTEUR	21/08/21	Analys	502 M

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdellah El Haiba

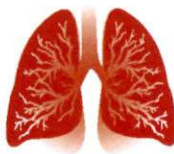
الدكتور عبد الله الهيبة

SPECIALISTE EN

PNEUMOPHTISIOLOGIE

Diplômé de l'Université de Paris

Membre de la société Française
de Tabacologie



اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

Diplômé d'Echographie

Diplômé de Tabacologie

Maladies de Poumons - Asthme
Tuberculose - Allergie respiratoire
Aide au sevrage tabagique

Casablanca, le

07/08/21

الدار البيضاء، في

Dr. Haïda ASSEM

PCR Covid 19

Docteur EL HAIBA Abdellah
Pneumologue
74 Angle Bd. de Fès
Bd. 2 Mars - Tél.: 022.50.79.15

Monsieur HAFIDI ABDELLATIF

Demande n° 07/08/21-1-0121

20000 CASABLANCA

Date et heure d'enregistrement : 07/08/21 10H48

Date et heure de prélèvement : 07/08/21 10H57

Date de naissance : 19/07/1956

Hors tiers payant -

Demande n° 07/08/21-1-0121 - -

Edité le : dimanche 8 août 2021

N° CIN/Passeport B49274

VIROLOGIE

Valeurs de référence

Antériorités

Détection du SARS-CoV-2 (COVID-19) par PCR en temps Réel (RT-PCR)

Real-time PCR (RT-PCR) SARS-CoV-2(COVID-19)

Nature prélèvement (Specimen) : Rhinopharyngé (nasopharyngeal swab)

Résultat (Result) :

SARS-CoV-2 POSITIF

SARS-CoV-2 POSITIVE

Réactifs (Reagents) : MASclR SARS-CoV-2 kit 2.0

Deux gènes détectés : RdRp et S (Ct 20-18)

Validé le 07/08/21

Dr. Abdellatif Bellik
Institut Pasteur du Maroc
Tél: +212 522 434 471 / 72





Institut Pasteur
du Maroc

معهد باستور المغرب
INSTITUT PASTEUR DU MAROC

فاتورة
Facture

« Que l'on multiplie les laboratoires pour
que l'humanité grandisse, se fortifie et
devienne meilleurs » Louis Pasteur

Monsieur HAFIDI ABDELLATIF

Réf: 07/08/21-1-0121

Par: MMAKH / 07/08/21 /

CIN: B49274 Né(e) le : 19/07/1956 soit: 65 A Tél: 0661194676 ville: CASABLANCA

MAT:

Médecin : Tél:

Date et heure de passage : 07/08/21-10h48

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