

# 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.

## Diagnostique 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 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)**



86383

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0021861

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2439 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite  
Nom & Prénom : DOUIES Nabil Date de naissance : 17-1954  
Adresse : 44 rue El Bouachra Casablanca  
Tél. : 0663722597 Total des frais engagés : 502.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr EL HAMZAoui Omar  
Médecine Générale et du Travail  
ECG Echographie  
97 Rue Zouben Bnou El Aouam  
CASABLANCA  
Tél 022.24.31.80 - GSM 062.82.45.36  
Date de consultation : 10/09/2021  
Nom et prénom du malade : OUMAINA DOUIES Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Contusion  
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 : 1/10/2021

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
10.09.21		1	100,00	

# 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
	10.09.21	analyse	402,00M

# AUXILIAIRES MEDICAUX

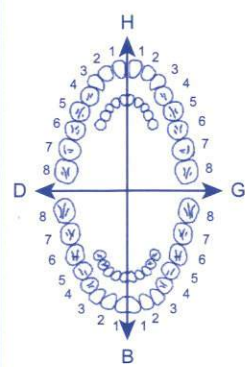
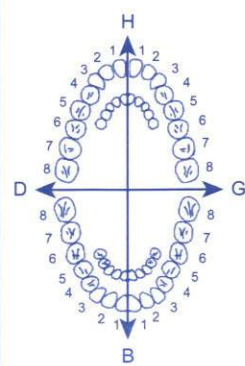
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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																
			MONTANTS DES SOINS														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

**Docteur Omar EL HAMZA OUI**  
**Médecine Générale**

D.U . de Médecine du Travail  
et d'Ergonomie  
D.U . de Psychologie Clinique  
D.U . de l'échographie Générale  
Electro cardiogramme  
97, Rue Zoubair Bnou Al Aouam  
(Ex Eugène Lendrat)  
Casablanca - Tél : 05 22 24 31 80

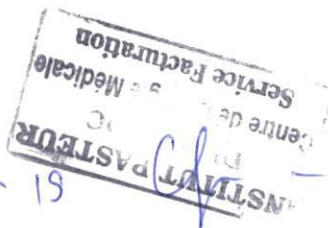
**الدكتور عمر الحمزاوي**  
**الطب العام**

حاصل على دبلوم طب الشغل  
والاركونوميا  
دبلوم البسيكولوجية العيادية  
دبلوم الفحص بالصدى  
التخطيط الكهربائي للقلب  
97, زنقة الزبير ابن العوام  
(أوجين لاندرا سابقا)  
الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 24 31 80

Casablanca, le 10.05.2021 في الدار البيضاء

Dr. Olivier Boucin

Compte Cor 219



patienta sur un examen hypoch

→ PER Cor 219

**Dr EL HAMZA OUI Omar**  
Médecine Générale et du Travail  
ECG Echographie  
97 Rue Zoubair Bnou El Aouam  
CASABLANCA  
Tél 05 22 24 31 80 - GSM 062.82.45.36



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

Melle DOUIEB OUMAIMA

Réf: 10/09/21-1-0066

Par:MRABH / 10/09/21 /

CIN: BJ417488 Né(e) le : 23/07/1997 son 24 A Tél: 0649598094 ville: CASABLANCA

MAT:

Médecin : Tél:

Date et heure de passage :10/09/21-09h53

INPE :   
ICE :001594848000023

Liste des Examens/Prescription

PCR COVI TIMB\_2DH

Total dossier r : 402.00  
Part Client : 402.00  
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) pour exercer vos droits conformément aux dispositions de la loi 09-08



Institut Pasteur  
du Maroc

معهد باستور المغرب  
INSTITUT PASTEUR DU MAROC

توصيل لسحب نتائج التحليلات الطبية

Reçu pour Retrait des Résultats des Analyses Médicales

Melle DOUIEB OUMAIMA

Réf: 10/09/21-1-0066

Par:MRABH / 10/09/21 /

Liste des Examens

PCR COVI TIMB\_2DH

Total dossier : 402.00  
Part Patient : 402.00  
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

RETRAIT RESULTAT LE Téléphone pour information Casablanca 0522434471/72 Tanger 0539931111

Sauf Samedi, Dimanche et Jours fériés 11/09/21 de 09h00 à 15h00

تاريخ سحب النتائج

ما عدا السبت والأحد والأعياد



**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

Dr S. EZZIKOURI

**TANGER**

Dr W. Oudaina

**Anatomie-cytopathologie**

Dr H. Benomar

Dr A. Oukkadl

**Cytogénétique**

Dr S. Nasserddine

P

**Melle DOUIEB OUMAIMA**

Demande n° **10/09/21-1-0066**

20000 CASABLANCA

Date et heure d'enregistrement : 10/09/21 09H53

Date et heure de prélèvement : 10/09/21 10H02

Date de naissance : 23/07/1997

Hors tiers payant -

Demande n° **10/09/21-1-0066** - -

Edité le : samedi 11 septembre 2021

N° CIN/Passeport **BJ417488**

## 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)

01/09/21

Nature prélèvement (Specimen) : Rhinopharyngé (nasopharyngeal swab)

#### Résultat (Result):

**SARS-CoV-2 NEGATIF**

**SARS-CoV-2 NEGATIVE**

Résultat à interpréter en fonction du contexte clinique.

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

Validé le 11/09/21

Dr. Abdelhakim BELLIK  
Médical Biologiste  
Institut Pasteur du Maroc  
Tél : 3527 40 71 / 72

