

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 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

- 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'Accès à Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº W19-542531

44557

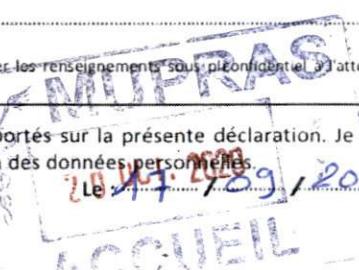
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8135		Société : R.A.M	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Jamila El adurfi			
Date de naissance : 31/07/1985			
Adresse : Rue Ibn Abi Saïd N° 7 Marif, Casablanca			
Tél. : 06 50 62 78 22	Total des frais engagés : 600 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :	
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 20/07/2020

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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/09/2020	

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/09/2020	B.H.N. 700	600 DIA

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : [REDACTED]	Coefficient des travaux [REDACTED]
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
	Montants des soins [REDACTED]																																
	Début d'exécution [REDACTED]																																
	Fin d'exécution [REDACTED]																																
	Coefficient des travaux [REDACTED]																																
	Montants des soins [REDACTED]																																
	Date du devis [REDACTED]																																
	Date de l'exécution [REDACTED]																																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																															
		H 25633412 21433552 00000000 00000000																															
		D 00000000 00000000 B 35533411 11433553																															
		G																															
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																	



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



BILLET D'EXAMEN

Date : 17/09/2022

Prénoms - Nom du malade : choua Zahra

Service : N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
Yeni PC R	SV P

Le médecin traitant
Dr Nacim KHEDIM
Dermatologie
CHU Ibn Rochd
Casablanca

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30
Fax : 05 22 29 94 83



LIAB

المختبر الدولي للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

Professeur Abdellah BENSLIMANE

Ex Professeur d'Immunologie à la Faculté de Médecine, Casablanca.
Ex Directeur de l'Institut Pasteur du Maroc.

Medecin Prescripteur :

Spécialité :

Adresse :

Correspondant : RAM

Edition du: 16-10-2020 à 10:31

Dossier N° : 2009170737

MR ZAKARIA CHINAN

Né(e) le : 28-02-2005

Prélevé : reçu le 17-09-2020

à 08:50

Analyses	Résultats	Intervalles de référence	Antériorités
----------	-----------	--------------------------	--------------

BIOLOGIE MOLECULAIRE

Test de détection du coronavirus (COVID-19):

Résultat E-Gene:	POSITIF
Résultat N-Gene:	POSITIF
Résultat RdRp-Gene:	POSITIF

INTERPRETATION:

POSITIF: Détection de l'ARN du SARS-COV 2 (COVID-19)

Le résultat d'un test négatif ne prouve pas avec certitude que le patient n'est pas infecté par le COV ID19. Cette problématique concerne essentiellement le début d'incubation du virus. Il y a donc lieu de prendre toutes mesures de prévention pour éviter d'éventuelles transmission à l'environnement.

RT-PCR-GeneFinder COVID-19 Plus

Prof. Abdellah BENSLIMANE
Demande validée biologiquement par : Prof. BENSLIMANE Abdellah
Laboratoire International
d'Analyses Biomédicales
Angle Bd Abdelmoumen et Rue Arrachati
Casablanca
Tél: 0522 42 39 70 Fax: 0522 26 22 09

* Les examens rendus sous accréditation sont identifiés par le symbole [*]. Toute copie ou utilisation de cette référence ne peut être réalisée sans autorisation écrite du LIAB..

Horaires Page d'ouverture

Lundi au Vendredi : 7h30 - 18h30 / Samedi : 7h30 - 13h00

Adresse : Angle Bd Abdelmoumen, et Rue Arrachati, Casablanca Tél: 05.22.42.39.55/60 Fax : 05.22.26.22.09

E-mail: contact@liab.ma - Site Web : www.liab.co.ma

IF : 40432071 - ICE : 001663876000025 - CNSS : 8844103 - Patente : 34720627 - INPE : 107159782

Prélèvement à domicile sur RDV



LIAB

المختبر الدولي للتحاليل الطبية
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

Casablanca le, 17-09-2020

FACTURE N° 000143548

Nom, Prénom du patient : Mr Zakaria CHINAN

Date de l'examen : 17-09-2020

Type d'examen : Examen biologique

Demande N° : 2009170737

Médecin demandeur :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Test de dépistage E-Gene et de confirmation de Coronavirus-RdRP-Gene	-	HN

Total des BHN : 700

Montant total en chiffre : 600DHS

Montant Total en lettres : six cents dirham

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction conformément à l'article 91-VI-1° du Code Général des Impôts.

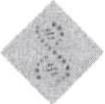


101, Boulevard Abdelmoumen, Casablanca – Maroc; **Tel :** +212(0)5 22 42 39 60/55; **Fax :** +212(0)5 22 26 22 09

E-mail : contact@liab.ma -**site Web :** www.liab.co.ma

IF : 40432071 ; **CNSS :** 8844103 ; **Patente :** 34720627 ; **N°ICE :** 001663876000025 ;**INPE Biologiste :** 107159782 ;
INPE laboratoire : 093060846

Banque : attijariwafa bank, Agence ABDELMOUNEN , **R.I.B :** 007 780 0002385000302818 20



LIAB

المختبر الدولي للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

Casablanca le, 17-09-2020

FACTURE N° 000143548

Nom, Prénom du patient : Mr Zakaria CHINAN

Date de l'examen : 17-09-2020

Type d'examen : Examen biologique

Demande N° : 2009170737

Médecin demandeur :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Test de dépistage E-Gene et de confirmation de Coronavirus-RdRP-Gene	-	HN

Total des BHN : 700

Montant total en chiffre : 600.21DHS

Montant Total en lettres : six cents dirham vingt et un centimes



Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction conformément à l'article 91-VI-1° du Code Général des Impôts.

101, Boulevard Abdelmoumen, Casablanca – Maroc; Tel : +212(0)5 22 42 39 60/55; Fax : +212(0)5 22 26 22 09

E-mail : contact@liab.ma -site Web : www.liab.co.ma

IF : 40432071 ; CNSS : 8844103 ; Patente : 34720627 ; N°ICE : 001663876000025 ; INPE Biologiste : 107159782 ;
INPE laboratoire : 093060846

Banque : attijariwafa bank, Agence ABDELMOUNEN , R.I.B : 007 780 0002385000302818 20