

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

ééducation :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9321

Société :

L18184

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FAFAI Hicham

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-058675

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

conditions générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes

C	= Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS	= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY	= Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V	= Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN	= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD	= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD	= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC	= Acte de pratique médicale courante et de petite chirurgie
K	= Actes de chirurgie et de spécialités

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que, si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

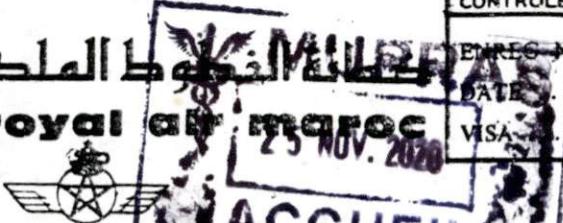
- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALLS
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE.

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade

CONTROLE MUTUELLE ال Mutualité DATE VISA			
 ACCUEIL FEUILLE DE MALADIE MEDECINE GENERALE, SOINS SPECIAUX, HOSPITALISATION			
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT			
NOM ET PRENOM FAFAI HICHAM	Mle 9321	DATE CONFIRMATION 14/09/92	AFFECTATION CASABLANCA
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE			
PRENOM FAFAI HICHAM	DATE DE NAISSANCE 30/05/1973	LIEU DE PARENTE EL JADIDA	PROFESSION CADRE
Domicile : HAY EL FATH 3, RUE N°1, IM 196, AÏN CHOUF, CASA			
S'agit-il d'un accident ? OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Causé par un tiers ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> 24 NOV. 2020			
Paiement sur bulletin de Paie <input checked="" type="checkbox"/> Paiement hebdomadaire par la Caisse <input type="checkbox"/> METTRE UNE CROIX DANS LA CASE DE LA REPONSE EXACTE Joindre à la feuille de maladie les ordonnances médicales tirées par le Pharmacien (prix payé en regard de chaque produit et apposition du cachet commercial)			
En marge des Ordonnances, transcrire très lisiblement le nom exact des spécialités. Toutes les pièces constituant le dossier Malade doivent être jointes à la demande de Remboursement. (Voir au verso de la feuille de maladie la notice explicative pour le praticien et l'adhérent)			
AVIS IMPORTANT		<i>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus</i> SIGNATURE DE L'ADHERENT 	
<i>Toutes fraudes ou fausses déclaration entraîneront l'exclusion de l'adhérent dans les formes prévues par le statut de la Mutuelle (Art.34-ch.IV)</i>			
<i>Durée d'utilisation 3 Mois</i>			

Cette feuille de maladie doit être complétée correctement. La désignation du malade est très importante. Aucun remboursement ne sera accordé lorsque les indications mentionnées sur cette feuille seront incorrectes ou imprécises.

Désignation du malade (NOM ET PRENOM) _____
(à remplir par le praticien selon les indications de l'intéressé)

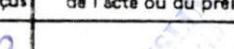
Date de naissance :

IDENTIFICATION DU PRATICIEN OU DE L'ETABLISSEMENT

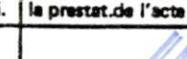
• PRESTATION DES ACTES

date des actes médicaux	désignation des actes suivant nomenclature	délivrance d'une ordonnance	Montant des honoraires	Signature du praticien attestant la prestation de l'acte & le paiement

— PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE ET A L'ELECTRO-RADIOLOGIE

Date des actes	Désignation des actes suivant la nomenclature générale des actes notariés	Montant des honoraires perçus	Signature attestant la prestation de l'acte ou du prélevement
	11/06/2019 PSA 200	1000	

— ACTES DE PRATIQUE MEDICALE COURANTE

Date des actes	Désignation des actes	Montant honorai.	Signature attestant la prestat.de l'acte	Cachet ou nom et adresse avec n'autorisation	Pour les piqûres nom des médicaments
10/11/20		Gr		 Hôpital Bilingue International Dr. Ghislain R. Vautour	

PARTIE RESERVEE AU PHARMACIEN OU AU FOURNISSEUR

LISTE RESERVÉE AU PHARMACIEN OU AU FOURNISSEUR			
Date de l'ordonnance	date de la facture	Cachet du pharmacien ou du fournisseur attestant le paiement	TOTAL

-HOSPITALISATION

D I V E R S

REFERENCES	DATES	CACHET OU NOM ET ADRESSE	MONT.HONORAIRES
Transport par ambulance			
Handicapé Physique			
Orthopédie			

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

10/11/2020

FAFAI HICHAM

PCR - Covid 19

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Soins Formation Recherche
Prof. Dr. Hicham FAFAI
Tél: +212 529 004 466 • Fax: +212 529 038 868 • www.hck.ma

YAHRENSUMAN
Centre International
de Biomédicature
Boulevard Mohamed Taieb Naciri
Tél: +212 522 26 22 09



LIAB

المختبر الدولي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

Casablanca le, 11-11-2020

FACTURE N° 000155497

Nom, Prénom du patient : Mr Hicham FAFAI

Date de l'examen : 11-11-2020

Type d'examen : Examen biologique

Demande N° : 2011110556

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 : 700DHS

Montant Total en lettres : sept 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 Biogliste : 107159782 ;

INPE laboratoire : 093060846

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



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 : COVID

Edition du: 20-11-2020 à 17:24

Dossier N° : 2011110556

MR HICHAM FAFAI

Né(e) le : 30-05-1973

Prélevé : au labo le 11-11-2020

à 17:00

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

BIOLOGIE MOLECULAIRE

Test de détection du coronavirus (COVID-19):

RT-PCR-GeneFinder COVID-19 Plus

RESULTATS:

NEGATIF

INTERPRETATION:

NEGATIF: Absence de 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 a l' environnement .

L'interprétation d'un résultat négatif doit tenir compte de la qualité du prélèvement, de la période d'incubation, de l'évolution clinique et radiologique éventuelle. Dans toutes les situations, les mesures et les gestes barrières doivent être respectés. En cas de forte présomption, il est recommandé de renouveler le prélèvement.

Les données vous concernant collectées dans le cadre du présent examen biologique, en lien avec l'épidémie la COVID 19, sont enregistrées dans le système d'information national, mis en œuvre par le Ministère de la santé. Ce traitement d'intérêt public a pour finalité de centraliser les résultats des examens de dépistage COVID 19 en vue de leur réutilisation à des fins d'enquêtes sanitaires et de surveillance épidémiologique.

Demande validée biologiquement par : Prof.Benslimane Abdellah

*Prof. Abdellah BENSLIMANE
Laboratoire International
d'Analyses Biomédicales
Angle Bd Abdelmoumen et Rue Arrachati
Casablanca
Tél: 0522 42.39.70 Fax: 0522 25.22.09*

* 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..

Page 1 sur 2

Horaires 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 : 00166387600025 - CNSS : 8844103 - Patente : 34720627 - INPE : 107159782

Prélèvement à domicile sur RDV

LIAB



REÇU

N°du patient : 201110556

Patient:	Mr Hicham FAFAI
N° dossier:	201110556
Prise en charge ou mutuelle :	-
Paiement :	Montant total : 700.00 Avance : 700.00 Solde : 0.00
Date de retrait des résultats	13-11-2020 cette date ne tient pas en compte les jours fériés et Weekend.le retrait des résultats promis le jour même à récupérer après 6 heures de l'horaire du prélèvement

N.B : le retrait des résultats hors COVID 19 s'effectue du lundi au vendredi entre 14H00 et 18H30, et Samedi de 11H00 à 13H00

Pour les résultats du COVID le retrait est entre 17h00 et 18h30 du Lundi à samedi.