

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

## **Informations 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.

## **Biologie 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.

## **Éducation :**

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

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)



## **Déclaration de Maladie**

N° M20- 0009860

Optique *59866*  Autres

Maladie

Dentaire

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : *1142* Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : *Retraite*

Nom & Prénom : *MARITOUA IBRAHIMA*

Date de naissance : *32-06-51*

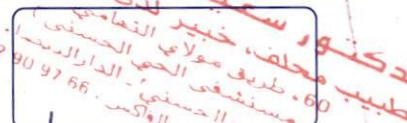
Adresse : *Rue 100 N° 39 groupe T*

Tél. *0661 498456* Total des frais engagés : *1150 Dhs* Dhs

Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : *14/12/2020*

Nom et prénom du malade : *MARITOUA IBRAHIMA* Age : *69 ans*

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*stat. jenel*

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 : 12/12/2020*

Signature de l'adhérent(e) :

*ZB*

## 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
14/01/2010	C		100.00	مبلغ مائة درهم تم سداد المبلغ المذكور الآن بالكامل بيان الدكتور
15/01/2010				
16/01/2010				
17/01/2010				

## **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
<b>L</b> <del>ABORATOIRE Général Analyses Médicales Dr Said EL HAFIDH 199 Bd Oum Rabia Casablanca Tél: 05.22.90.90.44 N°ICE: 00109994000008</del>	<b>10-11-2014</b>	<b>B0</b>	<b>650.00</b>

## AUXILIAIRES MEDICAUX

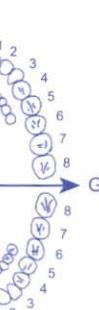
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Saïd GZOULI**

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

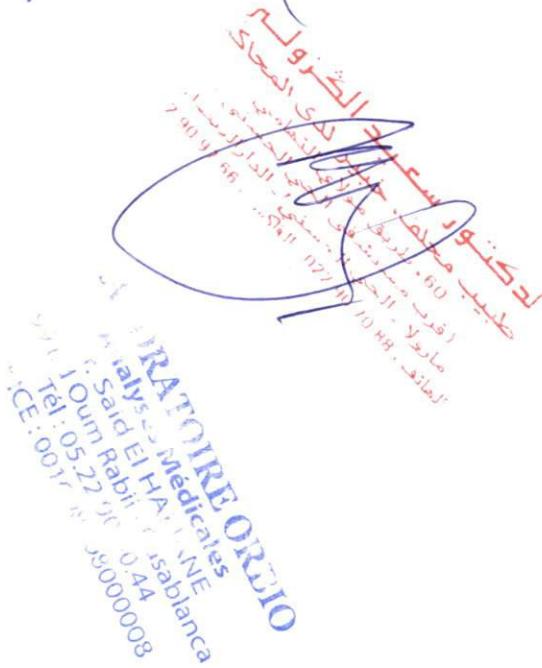
**الدكتور سعيد الكزولي**

طبيب محلف  
خبير لدى المحاكم

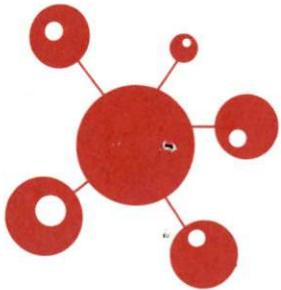
Casablanca, le : **14 DEC 2020** ..... الدار البيضاء في :

Dr MARTHOUSSA Blaoui

**PCR (Covid 19)**



60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحسي - الدار البيضاء  
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca  
Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: E-mail : drgzsa@gmail.com



مختبر التحاليلات الطبية  
LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE  
**ORBIO**

Dr.Said EL HAFIANE : Pharmacien Biologiste, Ancien interne des hôpitaux de Nancy ( France )

**FACTURE N : 201101083**

CASABLANCA le 10-11-2020

**Mr Ibrahim MARHOUM**

Demande N° 2011105043

Date de l'examen : 10-11-2020

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
	RECHERCHE D 'ARN SARS-COV-2(RT-PCR temps réel)	E650	E

Total des B : 0

TOTAL DOSSIER : 650.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent cinquante dirhams

LABORATOIRE ORBIO  
Analyses Médicales  
Dr. Said EL HAFIANE  
199 Bd Oum Rabii - Casablanca  
Tél : 05.22.90.90.44  
N°ICE : 001698908000008

RIB BMCI : 013 78 001091 000 38 30013 648

**Recto - Verso**

[www.orbion.ma](http://www.orbion.ma) - HORAIRES D'OUVERTURE

du Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30 / le Samedi 8h00 à 13h00

199 , Boulevard Oum Rabii , EL OULFA Casablanca Tél.: +212 (0)5 22 90 90 44 / Fax : +212 (0)5 22 90 90 42 / Email : contact@orbion.ma

T.P : 36046873 - I.F : 15240654 - CNSS : 9115842 - ICE : 001698908000008

**LBM ORBIO – Dr Said El Hafiane**  
Boulevard Oum Rabii – 20000 CASABLANCA  
Tél:0522909044 – Fax:0522909042  
[www.orbio.ma](http://www.orbio.ma) covid19@orbio.ma GSM: 07 66 36 52 79.

A Casablanca, le Mercredi 11 Novembre 2020

Dossier N° : 2011105043

**Mr Ibrahim MARHOUM**  
CASABLANCA



**Mr Ibrahim MARHOUM**

Né(e) le : 30-06-1951

Date de l'examen : 10-11-2020

Prélevé le : au labo 10-11-2020 12:10

Prescription :

## **BIOLOGIE SPECIALISEE**

### **RECHERCHE D 'ARN SARS-COV-2(RT-PCR temps réel)**

Nature du prélèvement: Ecouvillonage naso-pharyngé

Recherche ARN viral: ARN viral non détecté

Résultat à interpréter en fonction du contexte clinique.

Validé biologiquement par le Dr EL HAFIANE Said

**LABORATOIRE DE BIOLOGIE  
MÉDICALE ORBIO**  
Dr Said EL HAFIANE  
199, Bd Oum Rabii - Casablanca  
Tél : 05 22 90 90 44

**LABORATOIRE OREIO**  
Analyses Médicales  
Dr. Said El HAFIANE  
199 Bd Oum Rabii Casablanca  
Tél : 05.22.90.90.44  
N° ICE : CC10000000000008