

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Médecine 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.

**UPRAS** : 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° W21-621146

6 5562 CA

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13170

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAGHFOUR ZINEB / FATHNA MUSAFA

Date de naissance : 06/08/1991

Adresse : APP 20 INT 1, Route 174 THAMI, OULEA, CESA

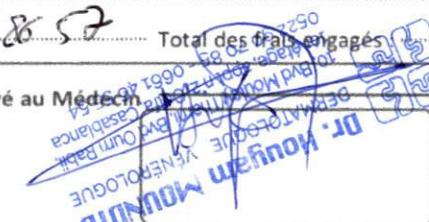
Tél. : 0668568857

Total des frais engagés : 250

395 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/01/2021

Nom et prénom du malade : ZINEB LAGHFOUR

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 : CASA

Le : 31/10/2021

Signature de l'adhérent(e)

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-621146

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 :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-621146
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 :	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
04/01/1991	C	5	250,00	DR. SAID EL HAFIANE 199 Bd Oum Rabii - Casablanca Tél : 05.22.90.90.44 1 <sup>re</sup> ICE - 0169890800008

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Said El Hafiane 199 Bd Oum Rabii - Casablanca Tél : 05.22.90.90.44 1 <sup>re</sup> ICE - 0169890800008	05.01.91	B 90	145,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

أمراض الجلد والشعر والأظافر

Maladies de la peau, des cheveux et des ongles

الأمراض المنقولة جنسياً

Maladies sexuellement transmissibles

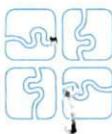
Diplômée de l'Université de Versailles Saint Quentin en actes de :

طب التجميل

Dermatologie Esthétique

علم الليزر

Lasers Cutanés



Dr. Houyam MOUNDIB

DERMATOLOGUE - VÉNÉROLOGUE

Casablanca, le : 04/01/2021

N° LAGHFOUR Zineb

Prélèvement mycologique  
des gommes des tâches  
(ex direct + Culture)

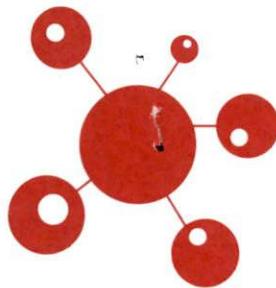
Mme LAGHFOUR Zineb  
06-08-1991  
2101062024  
P collier sur l'indemnité  
0200

LABORATOIRE ORBIO  
Analyses Médicales  
Dr. Said EI HAFIANE  
109 Bd Oum Rabia - Casablanca  
Tél : 05.22.90.90.44  
N° ICE : 001698908000008

📍 10, Moulay Thami, Cabinet en plein rond point "George" en face de la station Winxo - 1er étage, appt. 2, Oulfa, Casablanca

📞 0522 90 70 85 📲 0665 010 193 🎤 cabinetdrmoundib@gmail.com

ICE : 001908052000072



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

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

**FACTURE N :** 210100093

CASABLANCA le 06-01-2021

Mme Zineb LAGHFOUR

Demande N° 2101062024

Date de l'examen : 06-01-2021

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
ECOUV	Prélèvement sur écouvillon ou mycologique	E25	E
	Examen MYCOLOGIQUE: levure et/ou dermatophyte	B90	B

Total des B : 90

TOTAL DOSSIER : 145.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quarante-cinq dirhams

LABORATOIRE ORBIO  
Analyses Médicales  
Dr. Said EL HAFIANE  
199 Bd Oum Rabii - Casablanca  
Tél : 05.22.90.90.44  
N° ICE : 001698908000003

RIB BMCI : 013 78 001091 000 38 30013 648

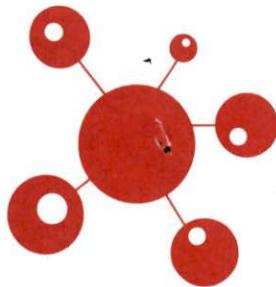
Recto - Verso

[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



# مختبر التحاليلات الطبية

## LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

## ORBIO

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

A Casablanca, le Mercredi 31 Mars 2021

Dossier N° : 2101062024

Mme Zineb LAGHFOUR  
CASABLANCA

Mme Zineb LAGHFOUR  
Né(e) le : 06-08-1991



Prélevé le : reçu 06-01-2021 11:55

Prescription :

### EXAMEN MYCOLOGIQUE

*Origine du prélèvement:*

**EXAMEN DIRECT:**

Ongles des mains.

Absence de leucocytes.

Absence de levures et de filaments mycéliens.

**RESULTAT DES CULTURES:**

(cultures sur SABOURAUD enrichi)

Les cultures sur SABOURAUD sont restées stériles

**RECHERCHE DE DERMATOPHYTES:**

Absence de dermatophyte après 3 semaines de cultures  
à l'étuve à 30° C (sous réserve d'un traitement récent).

Validé biologiquement par le Dr EL HAFIANE Said

LABORATOIRE ORBIO  
Analyses Médicales  
Dr. Said EL HAFIANE  
199 Bd Oum Rabii - Casablanca  
Tél.: 05 22 90 90 44  
Fax : 05 22 90 90 42  
N° : 00169890800008

Page 1 sur 1

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 - I.C.F : 00169890800008