

## 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-605984

Cou joint BGVCHERIF  
N° 2048

68679

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2009 Société : AMADGUS / RATM (P. L. V. A. L. J. E.)  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : FASSIL Amia ép BGVCHERIF  
 Date de naissance : 11/04/1956  
 Adresse : Habituelle  
 Tél. : 0661711176 Total des frais engagés : 640

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 16/03/2021  
 Nom et prénom du malade : FASSIL Amia Age : 65 ans  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Symptômes COVID  
 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 : 22/04/2021  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP n° A-A-215/2019



**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
16/02/2002	G	1	200	INP : 91009569

**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
	16/03/2002	R-440	440,00

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

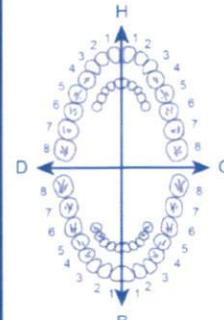
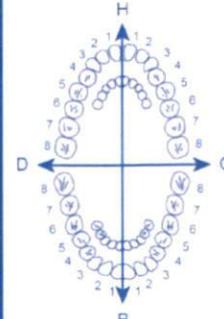
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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"/>																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th colspan="2"></th> <th>B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D			B	00000000	00000000	00000000	11433553	35533411	11433553			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																					
	25533412	21433552	00000000	00000000																				
	D			B																				
	00000000	00000000	00000000	11433553																				
	35533411	11433553																						
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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

**Dr. Abdelouahed AMBARI**

Maladies du sang

Diététique médicale

Spécialiste en Médecine du Travail

Expert Assermenté prés la Cour

d' Appel Ançien Médecin Attaché

au C.H.U. d' Amiens



**الدكتور عبد الواد عمبري**

أمراض الدم

الحمية الطبية

أخصائي في طب الشغل

خبير محلف مقبول لدى المحاكم

طبيب سابق بجناح أمراض الدم

بالمركز الصحي الجامعي بأميان

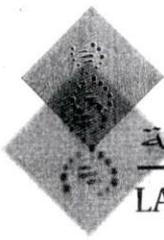
Casablanca le... 16.03.2024

Mme Amine Faalil

RT - PER covid



**Dr. Abdelouahed AMBARI**  
Spécialiste en Maladies du Sang  
Expert Assermenté prés la Cour d' Appel  
14, Bd. Ain Taoujtate Imm. Le Riad Quartier Bourgogne - Casablanca  
Tél: 05 22 26 89 73



**LIAB**

المختبر الدولي للتحاليل الطبية  
المختبر الدولي للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES  
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

## COMPTE RENDU D'ANALYSES

Medecin Prescripteur :  
Spécialité :  
Adresse :  
Correspondant : RAM PASSAGER  
Edition du: 17-03-2021 à 11:51

Dossier N° : 2103160203  
MME AMINA FASSIL  
Né(e) le : 11-04-1956  
Prélevé : au labo le 16-03-2021  
à 15:10

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

### BIOLOGIE MOLECUAIRE

#### 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.

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.

Demande validée biologiquement par : DR MEKOUAR HASSAN

Page 1 sur 1

**Horaires d'ouverture : Lundi au vendredi : 7h30-18h30/Samedi et jours fériés :**

**Lundi au Vendredi : 7h30-13h00 Samedi : 7h30-13h00**

Angle Bd Abdelmoumen et rue arrachati, Casablanca - Maroc, Tel : +212(0)5 22 42 39 60/55, GSM - 06 61 85 78 48 Email: contact@liab.ma  
Adresse : Angle Bd Abdelmoumen, et Rue Arrachati, Casablanca, Tél:05.22.42.39.55/60 Fax : 05.22.26.22.09

Site Web : www.liab.co.ma-IF 40432071-ICE:001663876000025-CNSS:8844103-Patente : 34720627-INPE : 107159782

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

**Prélèvement à domicile sur RDV**

Possibilité de prise de RDV pour les prélèvements



# LIAB

المختبر الدولي للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

Casablanca le, 16-03-2021

## FACTURE N° 000179305

**Nom, Prénom du patient :** Mme Amina FASSIL  
**Date de l'examen :** 16-03-2021  
**Type d'examen :** Examen biologique  
**Demande N° :** 2103160203  
**Médecin demandeur :**

### Récapitulatif des analyses

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

**Total des BHN :** 440

**Montant total en chiffre :** 440DHS

**Montant Total en lettres :** quatre cent quarante 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 :** 097167290 ;

**INPE laboratoire :** 093060846

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