

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° W21-604376

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : _____ Dhs

Dentaire

Société :

Autre

RAM

CHAMIDI ELQAZZANI Abdelfatah

06 / 12 / 1963

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur EL MALKI Benacher
Oncologue Radiothérapeute
Centre Régional d'Oncologie
Hôpital My Mall - Meknès

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-604376

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 :

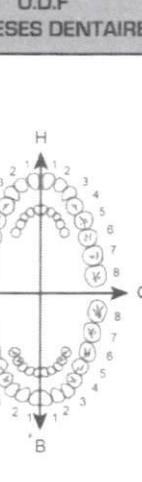
Date de dépôt :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DAKHTIA A KETUBAH 10 82</i>	30/10/82	161,10 T 50 22 50 10 RZ

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																																																																																																																																																																																																																												
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																	Nature des Soins <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																	Coefficient <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																	INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																																																																																																																																																																																																												
MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																																																																																																																																																																																																												
DEBUT D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																																																																																																																																																																																																												
FIN D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																																																																																																																																																																																																												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>						H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																																																																																																																																																																																		
								H	25533412	21433552																																																																																																																																																																																																																																																		
									00000000	00000000																																																																																																																																																																																																																																																		
								D	00000000	00000000																																																																																																																																																																																																																																																		
									35533411	11433553																																																																																																																																																																																																																																																		
								B																																																																																																																																																																																																																																																				
								G																																																																																																																																																																																																																																																				
								MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																																																																																																																																																																																																				
DATE DU DEVIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																																																																																																																																																																																																												
DATE DE L'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																																																																																																																																																																																																																																												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																																																																																																																																																																																																																																								



دكتور الملاقي بنخاش
Docteur EL MALKI Benacher
Oncologue Radiothérapeute
Centre Régional d'Oncologie
Hôpital My Ismail - Meknès

المركز الجهو للاكتولوجيا
Centre Régional d'Oncologie

ORDONNANCE

A Meknès, le 30-5-2021 بمكنا

$29.70 \times 2 = 59.40$ Mme ABID Fatiha

① ZITHROMAX 500 mg : 1 boîte
1 g/j pdt 5.6 jns
 $29.70 \times 2 = 59.40$

② CARDIOASPIRINE 100 mg : 2 boîtes
1 g/j pdt 2 ns
 $14 + 2 = 29$

③ DOLIPRANE 116 : 2 boîtes
1 g x 31 j pdt 10 jns
 56.30

Signature du Médecin :

④ VD-Cure 25000 : 1 boîte
 $128.80 \times 2 = 257.60$

⑤ VITANEVRIL FORT : 3 boîtes

مستشفى بدون نجفين
Hôpital Sans Tabac



المركز الجهو للاكتولوجيا / المستشفى المدني مولاي إسماعيل شارع الجيش الملكي مكناس

الناف - 05 35 40 05 05 / الفاكس - 05 35 40 05 05

Centre Régional d'Oncologie / Hôpital Civil My Ismail Avenue des FAR 2 Meknès

Tel : 05 35 40 05 05 / Fax : 05 35 40 05 05



+SVP

6) VITAMINE C : 3 boîtes
 1 kg x 2 1 j pelt 9590

L2657
 P : 10/23
 96.00 DH

7) VINOZINC : 1 boîte
 1 gel 1 j

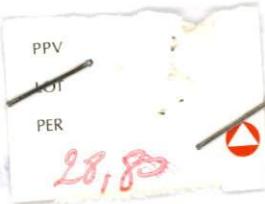
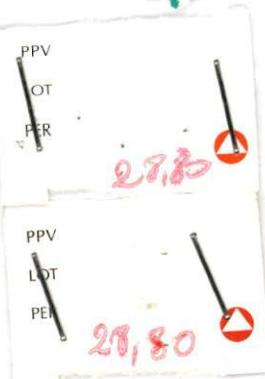
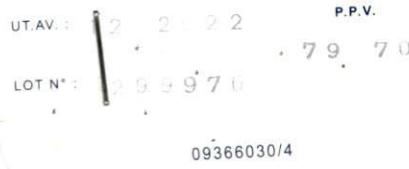
Gelules

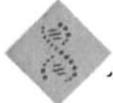
VINOZINC

الدكتور الملاكي بنعاصير
 Docteur EL MALKI Benachir
 Oncologue Radiothérapeute
 Centre Régional d'Oncologie
 Hôpital My Ismail - Melha



PHARMACIE DAKHLA
 91, Avenue Lakhdar
 Tel.: 05 22 50 11 82





LIAB

المختبر الدولي للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

Casablanca le, 31-07-2021

FACTURE N° 000202271

Nom, Prénom du patient : Mme Fatiha ABID

Date de l'examen : 31-07-2021

Type d'examen : Examen biologique

Demande N° : 2107310039

Médecin demandeur :

Récapitulatif des analyses

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
	Test de dépistage E-Gene et de confirmation de Coronavirus-RdRP-Gene	-	HN

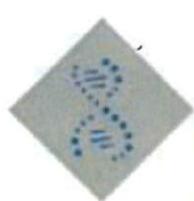
Total des BHN : 440

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.





LIAB

المختبر الدولي للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

COMPTE RENDU D'ANALYSES

Medecin Prescripteur :

Dossier N° : 2107310039 –

MME FATIHA ABID

Né(e) le : 24-10-1964

Prélevé : reçu le 31-07-2021

à 07:40

Spécialité :

Adresse :

Correspondant : RAM

Edition du: 31-07-2021 à 14:01

Analyses	Résultats	Intervalles de référence	Antériorités
BIOLOGIE MOLECULAIRE			

Test de détection du coronavirus (COVID-19):

RT-PCR-GeneFinder COVID-19 Plus

Nature de prélèvement:

nasopharyngé.

RESULTATS:

POSITIF

ct RdRp: 29.5

ct N gène: 24.15

ct E gène: 25.1

INTERPRETATION:

POSITIF: Présence de l'ARN viral compatible avec une excréition virale significative

Validé le :

31-07-2021

Le résultat d'un test négatif ne prouve pas avec certitude que le patient n'est pas infecté par le COVID 19. 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 .

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 du 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 du 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.



Page 1 sur 2

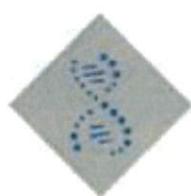
Horaires d'ouverture : Lundi au vendredi : 7h30–18h30/Samedi et jours fériés :

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

Site Web : www.liab.co.ma – IF : 40432071 – ICE : 00166387600025 – CNSS : 8844103 – Patente : 34702187 – INPE : 107159782

Prélèvement à domicile sur RDV



LIAB

المختبر الدولي للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

**Dossier N° : 2107310039; MME FATIHA ABID ;
Né(e) le : 24-10-1964**

Demande validée biologiquement par : PROF IDRISI LARBI



Page 2 sur 2

Horaires d'ouverture

Lundi au vendredi : 7h30–18h30/Samedi et jours fériés : 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

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

Prélèvement à domicile sur RDV

وزارة الصحة
MINISTERE DE LA SANTE
المندوبية الإقليمية لمكنا
Délegation Préfectorale de MEKNES



المملكة المغربية
ROYAUME DU MAROC
المديرية الجهوية لفاس مكناس
Direction Régionale de Fes - Meknes

المركز الجهو للاكتولوجيا
Centre Régional d'Oncologie

ORDONNANCE

A Meknès, le 30-7-2021 بمكنا

Madame ABID Fatiha

Suspicio de Covid

SVP : PCR

Signature du Médecin :

Dr EL MAIDI Benacher
Oncologue Radiothérapeute
Centre Régional d'Oncologie
Hôpital My Smati - Meknès

مستشفى بدون تدخين
Hôpital Sans Tabac



130061781

المركز الجهو للاكتولوجيا / المستشفى المدني مولاي إسماعيل شارع العرش الملكي مكناس
الهاتف : 05 35 40 05 05 / الفاكس : 05 35 48 05 05
Centre Régional d'Oncologie / Hôpital Civil My Ismaïl Avenue des PAR Meknès
Fax : 05 35 40 05 05 / Tel : 05 35 40 05 05

