

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
 O Prise en charge : pec@mupras.com
 O 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.

N° W21-658744

101597

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 432	Société : ROYAL AIR MAROC		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	OUARTI MELLEKA
Nom & Prénom : OUARTI MELLEKA			
Date de naissance : 1-1-1939			
Adresse : 49 Rue Al Amassat Hay Rmz 207			
Tél. : 0661111243	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin	Cachet du médecin :	
		
Date de consultation : JAN. 2022	Nom et prénom du malade : Age: Lui-même	
<input type="checkbox"/> Lien de parenté : Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Maladie		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie		
Avis le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.		

Fait 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.
Signature de l'adhérent(e) : 
 Le : **28/01/2022**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
15/03/2018	Consultation Psychologique Dr. Ghali	C.	150.00	INP : <input type="text"/> Dr. Hind J. Al Qods Pneum-Allergologie A44 Rés. Saïaa opp152d Al Qods Casablanca Tel. 05 22 21 45 46 Fax. 05 22 21 45 46 Ref. 91235101

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Demande du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/10/22	235,30

ANALYSES - RADIOPHARIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>L'INSTITUT DE RADIOPHARMACIE</p> <p>Analyses Médicales</p> <p>Dr. HAFID EL HAFAIANE</p> <p>199 Bd Oum Rabii - Casablanca 28</p> <p>Tél : 05.22.90.90.44</p> <p>N° ICE : 001698908000008</p>	2010		

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Le 10/01/2010 S. G. A. - Dr. J. L. B.						

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

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  <p>The diagram shows two dental arches (maxilla and mandible) with teeth numbered 1 through 8. Landmarks are indicated: H at the upper central incisors, G at the upper canine, D at the lower canine, and B at the lower central incisors.</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة ORDONNANCE

Le ٢٠١٥/١٩



83,70

Ⓐ

دواء

SYNTHEMEDIC
20 mg par deux fois al jour au repas
nourris casablanca
UNE X U M

40 mg
Boîte 14

54155MP01NRO P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020607

123,60

②

دواء

دواء

زاهف

ل

رالف

88,00

BOTTU SA
N : 28 DH 00

دواء

235,30



ل



Centre d'exploration Urologique

Endo-urologie - onco-urologie - Coeliochirurgie - Pelvi-périnéologie

Pr. EL MRINI Mohammed

Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie



Dr. EL MRINI Mohamed

Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Casablanca, le do 1 22

u or aus moh

Tch P GR



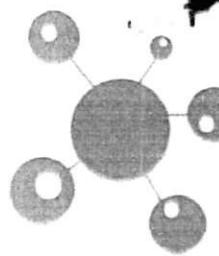
78, Bd Abdelloumen, Res. Koutoubia, 3 ème étage - Casablanca

E-mail : melmrini@hotmail.com

Gsm : 06 61 16 33 03

Tél. : 0522 25 36 36 - Fax : 0522 25 88 80 E-mail : elmrini_mohamed@hotmail.com

Gsm : 06 61 07 35 7



مختبر التحاليل الطبية
LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE
ORBIO

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

Dossier N° : 2201205037

Mr Mustapha OUARTI

CASABLANCA



Mr Mustapha OUARTI

Né(e) le : 01-01-1939

Prélevé le : au labo 20-01-2022 14:03

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: NEGATIVE

Interprétation:

Un résultat "non détecté" signifie le virus n'a pas été détecté.

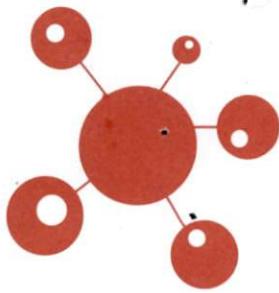
Un résultat "Positif" signifie le virus a été détecté.

Le maintien des gestes barrières et de la distanciation reste indispensable, même avec un test négatif.

Validé biologiquement par le Dr BIOLOGISTE Assistant

LABORATOIRE DE BIOLOGIE
MÉDICALE ORBIO
Dr SAID EL HAFIANE
199 Boulevard Oum Rabii - Casablanca
Tél : +212 (0)5 22 90 00 44

Page 1 sur 1



مختبر التحاليل الطبية
LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE
ORBIO

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

FACTURE N : 220100729

CASABLANCA le 20-01-2022

Mr Mustapha OUARTI

Demande N° 2201205037

Date de l'examen : 20-01-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	RECHERCHE D 'ARN SARS-COV-2(RT-PCR temps réel)	E400	E

Total des B : 0

TOTAL DOSSIER : 400.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cents 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.orbio.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@orbio.ma

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

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef

Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux

20100 CASABLANCA

Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020

INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1265454	N° SEJOUR : 220000996	FACTURE N° 2202000170				DATE D'ENTREE : 04/01/2022		DATE DE SORTIE : 04/01/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		OUARTI, Mustapha		
MALADE : OUARTI, Mustapha		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 31102019 DR JANAH HIND PNEUMO-PHTISIOLOGUE				TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
				REMISE	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :		
				RESTE DU	0.00						
DATE FACTURE : 04/01/2022 EDITEE LE : 04/01/2022 PAR: ZBIRY				ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA				N° DE POLICE :	DATE AT :						
				Règlement à effectuer à l'ordre de : BANQUE :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31						