

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

129073

Déclaration de Maladie : N° P19-0006734

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1053

Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : Khalid OUI

Date de naissance : 22/01/1948

Adresse : 322 route oued aum Rabii oufca

Tél. : 066225 6446

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :/...../.....

Age :/...../.....

Lien de parenté : 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 :/...../.....

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :/...../.....

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Dr. El HAFI 199 Bd Oum Rabi Tél: 05 22 00 30 55 NIN: 00306355</i>	<i>30/10/01</i>	<i>22 30.0</i>	<i>400.00 BHD</i>

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<hr/>	<hr/>
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE PNEUMOLOGIE
D'ALLERGOLOGIE & DES TROUBLES DU SOMMEIL

Dr Zineb Berrada

Spécialiste des Maladies Respiratoires
et des troubles du sommeil

DIU de Pathologies de Sommeil, Faculté de Médecine Paris Diderot
DU d'imagerie Thoracique, Faculté de Médecine Paris Descartes
Certificat d'échographie thoracique, Association G-echo, Paris France
Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière Paris-France
et à l'hôpital 20 Août- CHU Ibnou Rochd Casablanca



عيادة أمراض الجهاز التنفسى
الحساسية و النوم والشخير

الدكتورة زينب براحة

أخصائية أمراض الجهاز التنفسى
وأمراض النوم والشخير

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب بباريس بيرو
شهادة تصوير الصدر كلية الطب بباريس ديكارت
شهادة الشخص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى باريس
طبية سابقة بمستشفيات باريس يتي سالتربر و بمستشفى 20 غشت بليضاء

Casablanca le : 30.06.22

Mme Khadija Khadija

Per. covid. 19

LABORATOIRE
Analyses Biologiques
1er Salihi HAFIANE
199 Bd Oumia 1000 Casablanca
Tél: 05 22 98 12 19
N° CÉ: W 100000000002

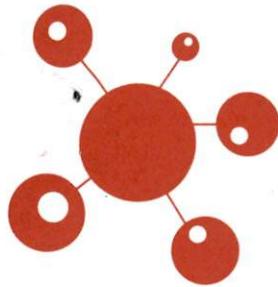
Dr Zineb BERRADA
Pneumologue Somnologue
22 Bd Yacoub El Mansour
Rés Espace Yacoub El Mansour
Tél: 05 22 98 12 19 Casablanca

Résidence Espace El Mansour

22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca

22 شارع يعقوب المنصور ، إقامة فضاء المنصور الطابق الثالث ، مكتب رقم 27 المعريف، الدار البيضاء

Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail: pneumologiesommeil@gmail.com



مختبر التحاليل الطبية
LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE
ORBIO

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

FACTURE N : 220600731

CASABLANCA le 30-06-2022

Mme Khadija KHIDIOUI

Demande N° 2206305017

Date de l'examen : 30-06-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	DECLARATION OBLIGATOIRE POSITIFS RECHERCHE D 'ARN SARS-COV-2(RT-PCR temps réel)	0	
		E400	E

Total des B : 0

TOTAL DOSSIER : 400.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cents dirhams

10
LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE
Dr. Said EL HAFIANE
159 Bd Oum Rabia Casablanca
Tél. : +212 (0)5 22 90 90 44
W. ICE : 001698908000008
INPE 093060895

RIB BMCI : 013 78 001091 000 38 30013 648

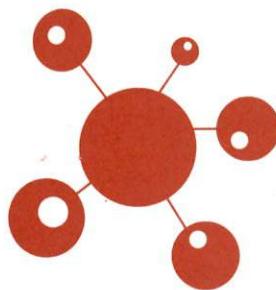
Recto - Verso

www.orbio.ma - HORAIRES D'OUVERTURE

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

199 , Boulevard Oum Rabia , 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



مختبر التحاليل الطبية

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

ORBIO

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

A Casablanca, le Samedi 02 Juillet 2022

Dossier N° : 2206305017

Mme Khadija KHIDIOUI
CASABLANCA

Mme Khadija KHIDIOUI
Né(e) le : 22-02-1948



Prélevé le : au labo 30-06-2022 13:20

Prescription :

BIOLOGIE SPECIALISEE

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

Nature du prélèvement: (RC)

Ecouvillonage Naso-pharyngé

ARN Viral :

Recherche positive

Résultat à interpréter en fonction du contexte clinique.

(RC) : Résultat contrôlé

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
N° ICE : 001698908000008

Page 1 sur 1

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