

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07739

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FADIL

Mohamed

Date de naissance :

14.10.1952

Adresse :

Habibie

Tél. : 06 04 33 13 03

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

21.07.2023

Nom et prénom du malade :

FADIL

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

ALD

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Pathologie

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
11/03/2023	Acte de soins	1	100000	Dr. JANN BENJAMIN SPECIALISTE EN CHIRURGIE DE l'ORL et Ancien Seigneur d'Anglais CASABLANCA 55930

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
	23/03/23	B.O	600,00

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a 10x10 grid of circles, each containing a number from 1 to 8. The grid is bounded by a thick black border. A central circle contains the letter 'H'. Arrows point from the center to the four cardinal directions: up (labeled 'U'), down (labeled 'D'), left (labeled 'L'), and right (labeled 'R'). The numbers in the circles follow a specific pattern: the top row has values 1, 2, 1, 2, 3, 2, 1, 2, 3; the second row has 4, 3, 2, 1, 5, 4, 3, 2, 1; the third row has 5, 6, 7, 8, 6, 5, 4, 3, 2; the fourth row has 6, 7, 8, 9, 8, 7, 6, 5, 4; the fifth row has 7, 8, 9, 10, 9, 8, 7, 6, 5; the sixth row has 8, 9, 10, 11, 10, 9, 8, 7, 6; the seventh row has 9, 10, 11, 12, 11, 10, 9, 8, 7; the eighth row has 10, 11, 12, 13, 12, 11, 10, 9, 8; and the ninth row has 11, 12, 13, 14, 13, 12, 11, 10, 9. The bottom row is partially visible.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Jalil BENNANI
الدكتور جليل بناني

SPECIALISTE EN HEMATOLOGIE
متخصص في أمراض الدم

Mle 07739



✓

ORDONNANCE

Dr FADIL Mohamed.



TEST COVID

PCR

Masque



Mr FADIL Mohamed

14-10-1956

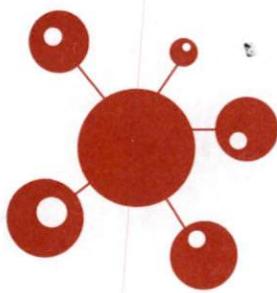
2303235001

A coller sur l'ordonnance

DRBO

LABORATOIRE ORBIO
Analyses Médicales
Dr. Said El HAFIANE
199 Bd Oum Rabii - Casablanca
Tél : 05.22.90.90.44
N° ICE : 001698908000008

Dr. Jalil BENNANI
SPECIALISTE EN HEMATOLOGIE
Abdelmoumen Center Angle Bvds
Anoual 20100 CASABLANCA
Tél : 0522 864 666 Fax : 0522 865 938



LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE ORBIO

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

FACTURE N : 230300522

CASABLANCA le 23-03-2023

Mr Mohamed FADIL

Demande N° 2303235001

Date de l'examen : 23-03-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	RECHERCHE D'ARN SARS-COV-2(RT-PCR temps réel)	E400	E
	SUPPLEMENT PCR EXPRESS	E200	E

Total des B : 0

TOTAL DOSSIER : 600.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six 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

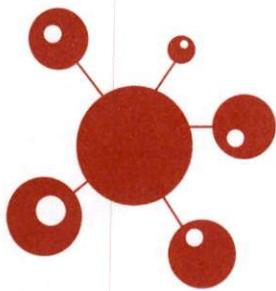
Recto - Verso

HORAIRES D'OUVERTURE

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



LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

ORBIO

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

A Casablanca, le Vendredi 24 Mars 2023

Dossier N° : 2303235001

Mr Mohamed FADIL
CASABLANCA

Mr Mohamed FADIL
Né(e) le : 14-10-1956



Prélevé le : au labo 23-03-2023 16:13

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 EL HAFIANE Said

LABORATOIRE ORBIO
Analyses Médicales
Dr. Said El HAFIANE
199 Bd Oum Rabii - Casablanca
Tél: +212 522 90.90.44
N° ICE : 001698908000003

Page 1 sur 1

Recto - Verso

HORAIRES D'OUVERTURE

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