

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-458691

N.D: 50859

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5592

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABIFI Jaamilia

Date de naissance :

23/12/1961

Adresse :

Tél. :

21605

Total des frais engagés :



### 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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

## **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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="checkbox"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## **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
 LIAB	26/11/2010		700 Dhs

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>			

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnal Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR SAAD TAZI

الدكتور التازى سعد

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE  
CHIRURGIE MAXIMO FACIALE  
CHIRURGIE DE LA SURDITE  
SPECIALITE VERTIGES

CHIRURGIE ESTHETIQUE DE LA FACE  
DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS  
MEMBRE DE LA SOCIETE FRANCAISE D'ORL

أخصائى أمراض وجراحة الأنف والأذن والحنجرة  
وجراحة الوجه والعنق  
الجراحة التقويمية و التجميلية للوجه  
خريج كلية الطب بباريس  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الأنف والحنجرة

Casablanca, le

25. 11. 2010

Kinderjewel.

Tch P. C. R



Dr. Saad Tazi  
Docteur O.R.L.  
Rue Goudmima Bourgogne  
Casablanca - Maroc - 2010

653 زنقة كلوب الطابق الأول - بوربون - الهاتف / فاكس : 05 22 20 85 45 بالموعد

653. Rue Goulmima 1<sup>er</sup> étage -Bourgoone- Casablanca - Tél/fax :05 22 20 85 45 Rendez-vous

TP : 35460202 - IF : 41404843 - L.C.E : 001655341000095

**LIAB**

المختبر الدولي للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

Casablanca le, 26-11-2020

## FACTURE N° 000159655

**Nom, Prénom du patient :** Mme Jamila ARIFI

**Date de l'examen :** 26-11-2020

**Type d'examen :** Examen biologique

**Demande N° :** 2011260258

**Médecin demandeur :**

### Récapitulatif des analyses

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

**Total des BHN :** 700

**Montant total en chiffre :** 500DHS

**Montant Total en lettres :** cinq cents 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 Biogiste :** 107159782 ;

**INPE laboratoire :** 093060846

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



**LIAB**

**المختبر الدولي للتحاليلات الطبية**

**LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES**

**Professeur Abdellah BENSLIMANE**

*Ex Professeur d'Immunologie à la Faculté de Médecine, Casablanca.  
Ex Directeur de l'Institut Pasteur du Maroc.*

**Medecin Prescripteur :**

**Spécialité :**

**Adresse :**

**Correspondant :** RAM

**Edition du:** 27-11-2020 à 10:20

**Dossier N° : 2011260258**

**MME JAMILA ARIFI**

**Né(e) le : 23-12-1961**

**Prélevé : au labo le 26-11-2020**

**à 11:02**

<b>Analyses</b>	<b>Résultats</b>	<b>Intervalles de référence</b>	<b>Antériorités</b>
-----------------	------------------	---------------------------------	---------------------

### **BIOLOGIE MOLECULAIRE**

#### **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 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 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.*

**Demande validée biologiquement par : Prof. BENSLIMANE Abdellah**



\* 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 : 7h30 - 13h00**

Adresse : Angle Bd Abdelemoumen, et Rue Arrachati, Casablanca Tél:05.22.42.39.55/60 Fax : 05.22.26.22.09

E-mail: contact@liab.ma - Site Web : www.liab.co.ma

IF : 40432071 - ICE : 00166387600025 - CNSS : 8844103 - Patente : 34720627 - INPE : 107159782

**Prélèvement à domicile sur RDV**