

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : *061802*

Société : *RAM*

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *CHIOUAI BI MOSTAFA*

Date de naissance : *16/11/03/1959*

Adresse : *Abidjan*

Tél. *0618199371*

Total des frais engagés : *600 Dhs*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. Farida D'KHISSEY  
Généraliste  
Rés. Attacharouk Tr 5  
Secteur 1 Imm. 2 - 1er Etage  
Tel: 0522.71.61.91 Casablanca*

Date de consultation : *30/11/2022*

Nom et prénom du malade : *CHIOUAI BI MOSTAFA* Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *Diabète*

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* Le : *15/11/2022*

Signature de l'adhérent(e) :

*MFT*

#### **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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 30/11/20        | C                 | 1                     | 100,88                          | Dr. DUKHISSI, Généraliste TRAITEMENT: 052241116194 - C         |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **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 |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
|  | 30/11/2010 | 7000 HTS                     |                        |

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 d

| 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE |                                  |                                  |                         |
|                           | H<br>D<br>B                               | 25533412<br>00000000<br>35533411 | 21433552<br>00000000<br>11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                           | G   | B                                |                                  |                         |
|                           |   |                                  |                                  | MONTANTS DES SOINS      |
|                           |   |                                  |                                  | DATE DU DEVIS           |
|                           |   |                                  |                                  | DATE DE L'EXECUTION     |

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur D KHISY Farida**

Médecine Générale

**ECHOGRAPHIE**

Gynéco-Abdomen

**OSTEOPATHIE**

Diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Montpellier

Diplômée en Médecine du Travail (Rennes)

Diplômée en Métrologie (Amiens)

Casablanca, le ..... 30/11/2020 ..... الدارالبيضاء في

**الدكتورة البخيسي فريدة**

الطب العام

الفحص بالصدى

تجبير العظام

أمراض السكري

خريجة كلية الطب بمونبولي

CHOUAIBI ZAFZAF

Diagnostic TSL PCR

Sans - Cor 2



Dr. Farida D'KHISY  
Généraliste  
Res. Attacharouk Tr 5  
Secteur 1 Imm. 2 - 1er Etage  
Tél: 0522.71.61.91 - Casablanca

الشارع محمد الزراف - ق 5 - م 1 - عمارة 2 - الطابق 1 - سيدى مومن - الدارالبيضاء الهاتف : 05 22 71 61 91  
Attacharouk, Bd Med Zafzaf - TR 5 - Sect. 1 - Imm. 2 - 1er Etage - Sidi Moumen - Casablanca - Tél. : 05 22 71 61 91



**LIAB**

المختبر الدولي للتحليفات الطبية  
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

Casablanca le, 30-11-2020

## FACTURE N° 000160609

**Nom, Prénom du patient :** Mr Mostafa CHOUAIBI

**Date de l'examen :** 30-11-2020

**Type d'examen :** Examen biologique

**Demande N° :** 2011300512

**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 :** 600

**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 ABDELMOUNEN , **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 : COVID

Edition du: 01-12-2020 à 16:23

Dossier N° : 2011300512

MR MOSTAFA CHOUAIBI

Né(e) le : 21-03-1959

Prélevé : au labo le 30-11-2020

à 17:07

| Analyses | Résultats | Intervalles de référence | Antériorités |
|----------|-----------|--------------------------|--------------|
|----------|-----------|--------------------------|--------------|

### 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 1

Horaires d'ouverture

**Lundi au Vendredi : 7h30 - 18h30 / Samedi : 7h30 - 13h00**

Adresse : Angle Bd Abdelmoumen, 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**



**REÇU**

**N°du patient : 2011300512**

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>Patient:</b>                      | Mr Mostafa CHOUAIBI  |
| <b>N° dossier:</b>                   | 2011300512   |
| <b>Prise en charge ou mutuelle :</b> |  |
| <b>Paiement :</b>                    | <b>Montant total : 500.00</b><br><b>Avance : 500.00</b><br><b>Solde : 0.00</b>   |
| <b>Date de retrait des résultats</b> | 02-12-2020 cette date ne tient pas en compte les jours fériés et Weekend.le retrait des résultats promis le jour même à récupérer après 6 heures de l'horaire du prélèvement |

N.B : le retrait des résultats hors COVID 19 s'effectue du lundi au vendredi entre 14H00 et 18H30, et Samedi de 11H00 à 13H00

Pour les résultats du COVID le retrait est entre 17h00 et 18h30 du Lundi à samedi.

E-mail ; Fax