

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-586349

55695

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10220	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : EZZAHAF Rachid			
Date de naissance : 01/09/1971			
Adresse :			
Tél. : 0666282025	Total des frais engagés : 74 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	 DALEKETESSASSI Sebou Praticien : Dr. Ezzahaf Rachid 316, Bd. Hassan II, Casablanca Casablanca, Tél. : 0522 03 66 66		
Date de consultation :	10/2/2020		
Nom et prénom du malade :	EZZAHAF RACHID		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Broncho pathie		
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) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-586349
Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

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
14/01/2019	Acte			IN 1093 C19 Pneumo -urologie 318, Bd. Bérthier 75018 Paris Casabianca - Tél: 05 22 44
	C5	C2	gvt	H

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
Prof. Abdellah BENJELLOUN Laboratoire International d'Analyses Biomédicales Bd Abdelkoumen et Rue El Mechatti 1000 Casablanca Tel: 0522 25 22 69 Fax: 0522 25 22 69	10/01/2004	PSA ESG	200 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	

VIOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Dr. LEKHESSASSI CHANTAR Souâad

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nancy (France)

Pneumo - Phtisiologue

- Maladies Respiratoires
- Asthme - Allergie Respiratoire
- Tuberculose
- Fibroscopie Bronchique
- Exploration Fonctionnelle Respiratoire

D.U de Pathologie Respiratoire
Professionnelle et environnementale

D.U. en Médecine de Travail



الدكتورة الخصافي شنطار سعاد

خريجة كلية الطب بنانسي (فرنسا)

اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى

- الأمراض التنفسية
- الربو (الحبيبة) الحمساوية التنفسية
- داء السل
- التنظير القصبي
- فحص الوظيفة التنفسية

الدبلوم الجامعي في الأمراض التنفسية
المهنية والبيئية

الدبلوم الجامعي في طب الشلل

Casablanca, le : 02/11/2020 الدار البيضاء في :

N° E22AHAF Radha

- Sraha gr. 8 RAS Cas 2

Dr. LEKHESSASSI CHANTAR Souâad
Pneumo - Phtisiologue
318 Bd. El Fida, Place Bouchentouf - Casablanca - 1010 Casablanca

05 22 83 66 66 318 ، شارع الفداء ، ساحة بوشنتوف الدار البيضاء الهاتف : 318. Bd.El Fida, Place Bouchentouf - Casablanca. Tel. 05 22 83 66 66
INPE : 091093617



LIAB

لaboratoire international
d'analyses biomédicales

Casablanca le, 09-11-2020

FACTURE N° 000154858

Nom, Prénom du patient : Mr Rachid EZZAHAFA**Date de l'examen :** 09-11-2020**Type d'examen :** Examen biologique**Demande N° :** 2011090406**Médecin demandeur :****Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	0	
PS	Prélèvement sang adulte	E25	E
	Sérologie SARS-COV19-test d'orientation	-	HN

Total des BHN : 275**Montant total en chiffre :** 200DHS**Montant Total en lettres :** deux 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.

Prof. Abdellah BENSIMANE
Laboratoire International
d'Analyses Biomédicales
Angle Bd Abdelmoumen et Rue Arzhati
Casablanca
Tél: 0522 423970 Fax: 0522 262209

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

IE : 40 432071 ; 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: 10-11-2020 à 11:13

Dossier N° : 2011090406

MR RACHID EZZAHAF

Né(e) le : 01-01-1971

Prélevé : reçu le 09-11-2020

à 12:57

Analyses	Résultats	Intervalles de référence	Antériorités
<u>SEROLOGIE VIRALE</u>			

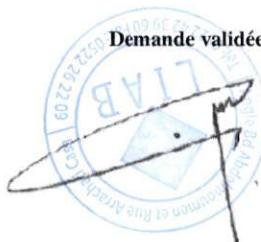
Sérologie SARS COV2. Test d'orientation diagnostic IgG/ IgM

IgG : Négative
(Sérum, Plasma)

IgM: Négative

Ce test est utilisé pour l'orientation diagnostic. Tout résultat positif doit être contrôlé par une méthode automatisée de diagnostic biomédical.

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 : 001663876000025 - CNSS : 8844103 - Patente : 34720627 - INPE : 107159782

Prélèvement à domicile sur RDV