

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 : 319 Société : AT

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : REZKI JILALI

Date de naissance : 17-06-1941

Adresse : 3 RUE 3 HAY CHEM'S
ASSE 368408 CASABLANCA

Tél. : 06.70025111 Total des frais engagés : 596 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
*Elghani ABOUSSAID
Médecin Généraliste*

Date de consultation : 12/12/2012

Nom et prénom du malade : REZKI JILALI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :
HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Chute

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 : Casablanca Le : 12/12/2012

Signature de l'adhérent(e) : *Jilali*



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
12/01/20			6	Abdelghani BEN YOUSSEF Médecin Généraliste 12011135351

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
	21/11/22	844€ + 103	846,00 596,00 596,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Coefficient DES TRAVAUX []
				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



ORDONNANCE

A Le 12/12/22

N^o: REZKI Zihani

EVOLU LAB
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 91 27 45

2/

3)

PSA

Abdelghani LABOUSSAÏF
Médecin Généraliste



Date du prélèvement : 21-11-2022 à 09:01

Code patient : 1608252014

Né(e) le : 17-06-1941 (81 ans)

Mr Jilali REZKI

Dossier N° : 2211212015

Prescripteur :



BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

12-04-2022

- Glycémie à jeun

(Beckman AU480)

0.95 G/L
5.27 mmol/L

1.05

HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C:

(Méthode de Référence: HPLC sur GX 723)

5.6 %

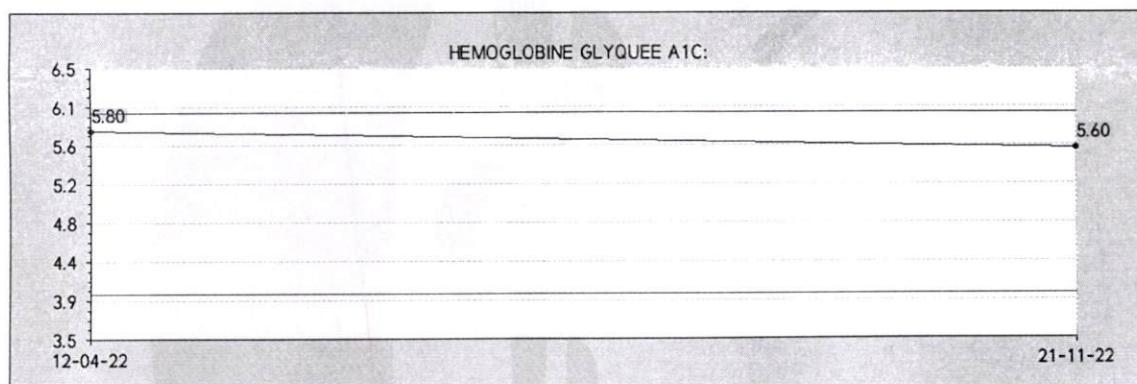
12-04-2022

5.8

Patient non diabétique : 4-6 %

Objectif de thérapie : < 7 %

Modification de thérapie: > 8 %



2211122015 – Mr Jilali REZKI

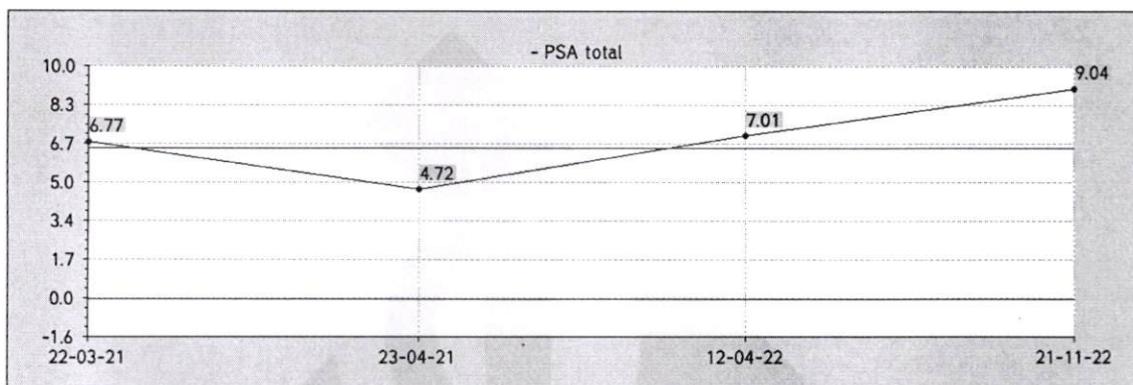
MARQUEURS TUMORAUX

12-04-2022

- PSA total
(Technique ELFA Vidas)

9.04 ng/ml (<6.50)
9.04 µg/l (<6.50)

7.01



Le rapport PSA Libre/ PSA Total peut être réalisé sur un échantillon prélevé de préférence au laboratoire pour des valeurs de PSA Total comprises entre la valeur normale et 10 µg/l.

Validé par le biologiste



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
EVOLULAB
187 Boulevard Ibnou Sina - Casablanca
Tél. : 05 22 95 03 34 - Fax: 05 22 97 45 - E-Mail : evolulab@hotmail.com

FACTURE N° : 2211212015

INPE: 093061067 IF:14377655

Casablanca le 21-11-2022

Mr Jilali REZKI

Date de l'examen : 21-11-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
	Glycémie à jeun	B30	B
	HbA1c	B100	B
	PSA Total	B300	B
	Prise de sang	B15	B

Total des B : 445

TOTAL DOSSIER : 596.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent quatre-vingt-seize dirhams

EVOLULAB
LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES
187 Bd. Ibnou Sina Casablanca
Tél: 05 22 95 03 34 - Fax: 05 22 97 77 45