

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.

N° W21-697717

142438

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8463

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NAIT Brahim

EL nostafa

Date de naissance :

09-02-69

Adresse :

5 Rue Naudée. Q des hopitaux - Cas

Tél. : 066 12 187 11

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

H. HAKIM
2022

Date de consultation : 11/02/2022

Nom et prénom du malade :

Dr. NAIT E
spécialiste
De Travail
Hôpital Med V - Safi

Nait Brahim 6 (Nostaf) Age : _____

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Arthrose

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 : Casablanca

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25/07/2011 | C | | | INP : Dr. NAIT BRAHIM L. Spécialiste : Médecine De Tunisie |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cacher et signature du laboratoire et du Radiologue

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cache et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|---------------------------------|---------------------------|
| | 12/12/22 | B 450 | 520 DH |

AUXILIAIRES MÉDICAUX

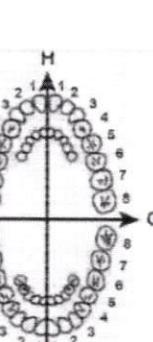
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

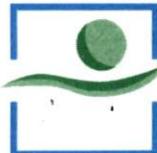
Important :

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 | 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"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25539412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21423552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> </table> | | | | | H | G | 25539412 | 21423552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | | 35533411 | | 11433553 | | B | G |
| H | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25539412 | 21423552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



بالتخخيص المبكر والعلاج يمكن القضاء على المرض

ORDONNANCE

25/11/2022

Dr. Nait Brahim
B. Nait

Docteur Nait Brahim



Dr. NAIT BRAHIM L.
Spécialiste En Médecine
De Travail
Hôpital Mohammed V - Safi

Anoual

Laboratoire de Biologie médicale
 Génétique moléculaire
 Radio immuno-analyse
 Diagnostic Prénatal
 Biologie de la Reproduction



أنوال مختبر

Dr. Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
 Diplômé de l'Université Paris VII
 et de l'Institut Pasteur de Paris
 Biologiste Qualiticien

FACTURE N° 2212120009

Mr El Mustafa NAIT BRAHIM

Demande N° 2212120009
 Date de l'examen : 12-12-2022
 Analyses :

Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Vel | Clefs |
|------|--------------------------|------|-------|
| PSAD | Prélèvement sang adulte | E25 | E |
| | Vitamine D 25-OH (D2+D3) | B450 | B |

Total des B : 450

TOTAL DOSSIER : 610 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent dix dirhams DH



**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,
 Prénoms et les Dates des Analyses.**

Angle Bd. Anoual-Bd d'Alexandrie, Quartier des Hôpitaux-Casablanca - Tél.: 05.22.86.03.36 / 06 59 27 33 92 - Fax : 05 22 86 04 97

الإسكندرية. حي المستشفيات. الدارالبيضاء-الهاتف : 06 59 27 33 92 / 05 22 86 03 36 : 06 59 27 33 92

E-mail : laboratoire-anoual@outlook.fr Site web : www.labanoual.ma - IF : 42032540 - ICE N° 00170372

10000037 - INP: 09320000883
05-22-86 04:57

Laboratoire Anoual

Laboratoire de Biologie Médicale
Biologie Moléculaire
Biologie Spécialisée
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prénatal

Mr El Mustafa NAIT BRAHIM

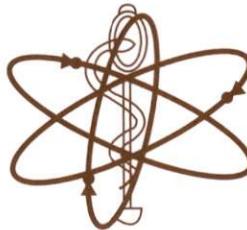
Né(e) le : 09-02-1969

Dossier N° : 2212120009

Date de l'examen : 12-12-2022

Prélevé le : 12-12-2022 08:29 en externe

Édité le : 16-12-2022



لخبار أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Diplômé de l'Université Paris VII

et de l'Institut Pasteur de Paris

Biologiste Qualiticien

DR : L NAIT BRAHIM

Adresse :

Page 1 / 1



ACCREDITATION
N° 8 3245
Porté disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

VITAMINOLOGIE

échantillon primaire : sérum

25-OH-Vitamine D (D2+D3) [AC]
(Liaison Chemiluminescence LIAISON XL)

55.2 nmol/l (75.0-250.0)
22.1 ng/ml (30.0-100.0)



Angle Bd.Anoual-Bd d'Alexandrie, Quartier des Hôpitaux-Casablanca - Tél.: 05.22.86.03.36 / 06 59 27 33.92 - Fax : 05.22.86.04.97

زاوية شارع أنوال وشارع الإسكندرية هي المستشفيات الدارالبيضاء . الهاتف : 05 22 86 04 97 / 05 22 86 03 36 الفاكس : 06 59 27 33 92 / 05 22 86 03 36

laboratoire-anoual@outlook.fr Site web : www.labanoual.ma - ICE N° 001703721000037 - INP: 093000883