

# 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.

M22- 0046503

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2131 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : 144065

Nom & Prénom : MARZAoui TAOUFI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



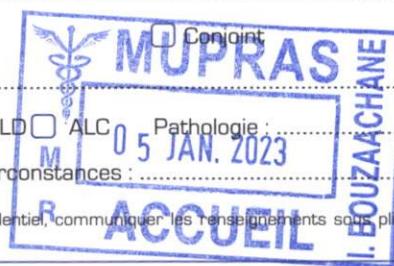
Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....



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) : .....

## 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

## 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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

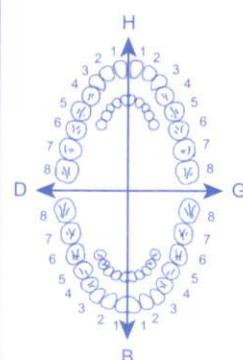
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## 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.

### Optiqué :

- 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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 - Bérbère Etape Angle Rue Mohamed Fikir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel: 05 22 20 45 45 (UG) - Fax: 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

Nº M21- 064367

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2131 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAR ZAOUI TAMOU

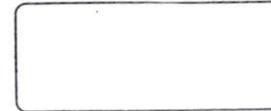
Date de naissance :

Adresse :  
.....

Tél : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-64367

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

Coupon à conserver par 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
Dr. Sara ELLAABI N° 052 962 660- Fax: 052 962 766	01-1-23		160,00 DH

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

### VOLET ADHERENT

TOUS

\* 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Arrows point from letters D, G, H, and B to specific teeth. D points to upper 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. G points to lower 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. H points to upper 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. B points to lower 1, 2, 3, 4, 5,				



Epilepsie, Céphalée, Migraine, Vertige,  
Lombalgies, Sciatalgies, AVC, Alzheimer,  
Parkinson, Neuropathie, Myopathie, Sclérose en plaque.  
Electroencéphalographie (EEG).  
Electroneuromyographie (EMG).

مرض الصرع، آلام الرأس، الشقيقة، الدوخة،  
السيatic، الجلطة الدماغية، الزهايمر، مرض الرعاش،  
أمراض العضلات، التصلب الوليحي.  
التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة).  
التخطيط الكهربائي للعضلات.

Casablanca, Le: 26/12/22.

M/Mme: Marzouki Tamou.

Fait le 26/12/22.

K<sup>+</sup> . Na<sup>+</sup>

LABORATOIRE HAD SOUALEM  
d'Analyses Médicales  
Dr. Sara ELLAABI  
Médecin Biologiste  
Lot Ezahra 1 N°7 RDC Had Soualem  
Tel: 0522 902 660-Fax: 0522 902 766

Dr. NAFIA SANAA  
Neurologue  
N°9, 3<sup>eme</sup> Etage Res. Eldorado 'Bd  
La Grande Ceinture, Hay Mohammadi  
Tél: 0522 60 60 67

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES HAD SOUALEM

Lotissement Ezzahra lot N°7 RDC, Had Soualem

Tél : 05.22.96.26.60 - Fax : 05.22.96.27.66

FACTURE N° : 000004431

INPE :



063064174

HAD SOUALEM le 04-01-2023

Mme MARZAOUI Tamou  
2301040060

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
0135	Urée	B30
0133	Sodium	B30
0131	Potassium	B30
0111	Créatinine	B30

Total des B : 120

TOTAL DOSSIER : 160.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent soixante dirhams .

LABORATOIRE HAD SOUALEM  
d'Analyses Médicales  
Dr. Sara ELLAABI  
Médecin Biologiste  
Lot. Ezzahra 1M / RDC Had Soualem  
Tél: 0522 96 2660 - Fax: 0522 96 2766



Dr Sara ELLAABI  
Médecin biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca  
Ancien médecin interne du CHU IBN ROCHD de Casablanca

BIOCHIMIE • HEMATO CYTOLOGIE • IMMUNOLOGIE • SEROLOGIE • HORMONOLOGIE • BACTERIOLOGIE • PARASITOLOGIE • MYCOLOGIE • VIROLOGIE • BILAN DE LA REPRODUCTION

Date du prélèvement : 04-01-2023 à 09:46

Edition : 04-01-2023

Code patient : 2301040060



Mme MARZAoui Tamou

Né(e) le : 01-01-1941 (82 ans)

Dossier N° : 2301040060

Prescripteur :

### BIOCHIMIE SANGUINE

#### Urée

(Technique enzymatique à l'uréase UV)

0.38 g/L

6.33 mmol/L

(0.17-0.50)

(2.83-8.33)

#### Créatinine

(Technique Enzymatique-Cinétique)

14.01 mg/L

124.0 µmol/L

(5.00-11.00)

(44.3-97.4)

#### Ionogramme sanguin

##### Sodium (Na)

(Electrode sélective d'ions)

Résultat contrôlé

132.7 mEq/L

132.70 mmol/L

(135.0-148.0)

(135.00-148.00)

##### Potassium (K)

(Electrode sélective d'ions)

5.00 mEq/L

5.00 mmol/L

(3.50-5.50)

(3.50-5.50)

Validé par : DR ELLAABI SARA

LABORATOIRE HAD SOUALEM

d'Analyses Médicales

Dr. Sara ELLAABI

Médecin biologiste

Lot. Ezzahra 1 N°7 RDC Had Soualem

Tél: 0522 962 660-Fax: 0522 962 766