

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 063116

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0536 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAZOUT LHOUSINE

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : HAY ANASSI Rue 21 N°8 CASA

Tél. : 0662027246 Total des frais engagés : 899,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur Hind EL BOUSSAÏR**  
Oncologue - Radiothérapeute  
Riad Oncologia Clinic  
15, Allée de Persée Q. des Hôpitaux Casa  
Tél: 0522 86 27 00/86 25 31 Fax: 0522 86 25 56  
INP: 091049072

Date de consultation : 14/01/2023

Nom et prénom du malade : TAZOUT LHOUSINE

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : CASA Le : 17/01/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# RELEVÉ 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
	14/01/23	172.40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/01/2023	3300 4 lvt	427.00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

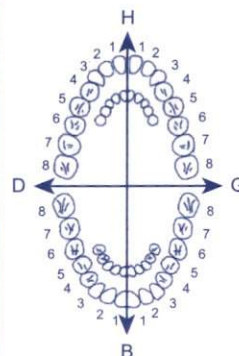
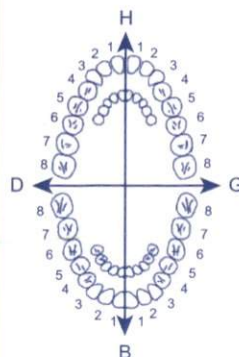
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412 21433552              00000000 00000000              D              00000000 00000000              35533411 11433553              B           </div> <div>             G              00000000 00000000              11433553           </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Pr. A. Acharki**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. O. Alami**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. H. El Boussairi**

Onco-Radiothérapeute

**Pr. A. Benider**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. S. Sahraoui**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Pr. N. Tawfiq**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Mercredi AM

**Pr. N. Benchakroun**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Mardi AM / Jeudi AM

**Pr. Z. Bouchbika**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Dr. S. Mouafik**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. C. Lahmamssi**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. A. Iraqi**

Onco-Radiothérapeute

*14-01-2023*

*Dr. H. El Boussairi*  
*Onco-Radiothérapeute*  
*Ryad Oncologia Clinic*  
*15, Allée du Persée Q. des Hôpitaux Casa*  
*Tél: 0522 86 27 00 / 86 25 31 Fax: 0522 86 25 56*  
*INP: 091049072*

*10970*  
*Contrôle*

*1cp / le soir*

*10970*  
*Contrôle*

*1cp = 878*

*10970*  
*Contrôle*

*1cp = 878*





مختبر منظرونا للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE MANDARONA  
D'ANALYSES MEDICALES

Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste  
Lauréat de la faculté de Pharmacie de  
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste  
Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de  
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Casablanca le 14 janvier 2023

Monsieur TAZOUT LHOSSINE

FACTURE N°	178827
------------	--------

Analyses :

PSAus total -----	B	300	Total : B 300
-------------------	---	-----	---------------

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER

427,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Vingt Sept Dirhams

LABORATOIRE ANALYSES  
MEDICALES MANDARONA

679, Bd Al Qods 20460 - Casablanca

Tél. : 05 22 52 83 88

Fax : 05 22 21 92 41

679, Bd El Qods 20460 Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0522 52 83 88 / 0522 87 22 82

Fax : 0522 21 92 41 - E-mail : labo\_mandarona@yahoo.fr

CNSS : 8521090 - IF : 40213596 - Patente : 37980291 - ICE : 001634915000055 - IPN : 093060663

BMCE AL QODS : 0117940000 3121000 0144347



Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste  
Lauréat de la faculté de Pharmacie de  
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste  
Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de  
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Dossier ouvert le : 14/01/23  
Prélèvement effectué à 09:25  
Edition du : 14/01/23

Monsieur TAZOUT LHOSSINE  
Docteur HIND EL BOUSSAIRI  
Réf. : 23A748

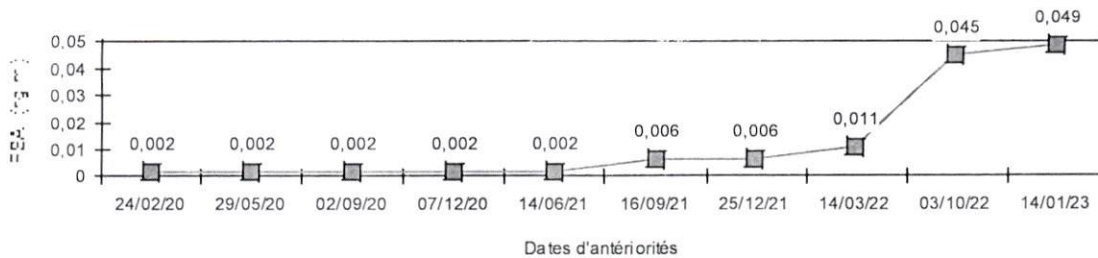
## Compte Rendu d'Analyses

### MARQUEURS

	Normales	Antériorités
P.S.A. us Total ----- : 0,049 ng/ml		03/10/22 0,045
(Chimiluminescence COBAS ROCHE E411)		

#### Interprétation

< 40ans	: < 1,4
40 à 50 ans	: < 2,0
50 à 60 ans	: < 3,1
60 à 70 ans	: < 4,1
> 70 ans	: < 4,4



LABORATOIRE ANALYSES  
MEDICALES MANDARONA  
679, Bd Al Qods 20460 - Casablanca  
Tél. : 05 22 52 83 88  
Fax : 05 22 21 92 41



Date : 14/01/2023

**BILAN BIOLOGIQUE**

Nom et Prénom

*Dr. Tahar Zouhri*

Service

: ☐ HDJ ☐ Consult-Urg ☐ Hospit ☐ Réa ☐ Hémato

15, Allée du Persée O. des Hôpitaux Casa  
Tél: 0522 86 27 00/86 25 31 Fax: 0522 86 25 56  
INP : 091049072

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> NFS - Pq      | <input type="checkbox"/> Hémog. Glyquée | <input type="checkbox"/> Troponine       |
| <input type="checkbox"/> Groupage - Rh | <input type="checkbox"/> Calcémie       | <input type="checkbox"/> Pro-BNP         |
| <input type="checkbox"/> RAI           | <input type="checkbox"/> ASAT – ALAT    | <input type="checkbox"/> Cortisolémie 8h |
| <input type="checkbox"/> TP – TCK      | <input type="checkbox"/> BC – BN – BT   | <input type="checkbox"/> βHCG            |
| <input type="checkbox"/> INR           | <input type="checkbox"/> Gamma GT       | <input type="checkbox"/> αFP             |
| <input type="checkbox"/> Fibrinogène   | <input type="checkbox"/> PAL            | <input type="checkbox"/> ACE             |
| <input type="checkbox"/> D-Dimères     | <input type="checkbox"/> Cholestérol    | <input type="checkbox"/> CA 125          |
| <input type="checkbox"/> Ferritine     | <input type="checkbox"/> LDL, HDL       | <input type="checkbox"/> CA19-9          |
| <input type="checkbox"/> CRP           | <input type="checkbox"/> Triglycérides  | <input type="checkbox"/> CA 15-3         |
| <input type="checkbox"/> VS            | <input type="checkbox"/> Vitamine D     | <input checked="" type="checkbox"/> PSAT |
| <input type="checkbox"/> PCT           | <input type="checkbox"/> TSH            | <input type="checkbox"/> ECBU            |
| <input type="checkbox"/> Ionogramme    | <input type="checkbox"/> LDH            | <input type="checkbox"/> Hémoculture     |
| <input type="checkbox"/> Urée – Créat. | <input type="checkbox"/> Lipasémie      | <input type="checkbox"/> Copro-parasito  |
| <input type="checkbox"/> Glycémie      | <input type="checkbox"/> Amylasémie     | des selles                               |

**Autres :**

Signature et cachet du Médecin

*Dr. Tahar Zouhri*  
Oncologue - Radiothérapeute  
Ryad Oncologia Clinic  
15, Allée du Persée O. des Hôpitaux Casa  
Tél: 0522 86 27 00/86 25 31 Fax: 0522 86 25 56  
INP : 091049072