

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 : pac@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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12.14 Société : ND b2203

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL OI RDI AZZOUZ

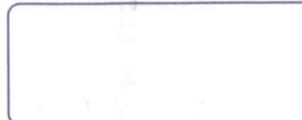
Date de naissance :

Adresse :

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

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : EL OI RDI AZZOUZ 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**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

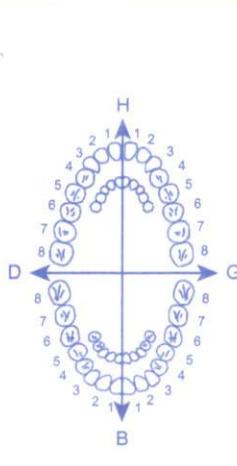
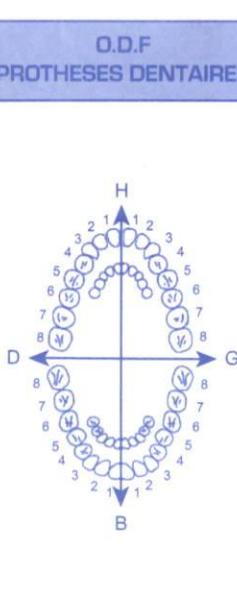
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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.

| 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<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                      |                      |  |
|  | H   | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| D  | B   | 35533411             | 11433553             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
| G  |   |                      |                      | 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**

**Dr. Hamza JABIR**  
Oncologue Radiothérapeute

Lauréat de la faculté de Médecine de Casablanca  
Ancien Médecin de l'institut Gustave-Roussy à Paris  
Diplôme de radiothérapie des cancers  
ORL université Paris sud



Radiothérapie  
Curiethérapie  
Chimiothérapie  
Soins Palliatifs

**الدكتور حمزة جابر**  
اخصائي في تشخيص و علاج الأورام

خريج كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيب سابق بمعهد كونستاف روسي  
بلوم العلاج بالأشعة لسرطان الأنف  
و الأنف و الحنجرة - كلية باريس

Casablanca, le : ..... ٢٠١٥ / ٤ / ٨٢٣

1. El aini li Aggoyz :  
2. Chez a.

Médiante la capsule po

Oral THC

Jeanne Berthe



✉ dr.jabir.hamza@gmail.com

📞 05 22 86 55 68 / 06 61 80 17 08

Dr. JAEIR Hamza  
Oncologue - Radiothérapeute  
Résidence Ryad Abdelmoumen, 445A  
n°14, 3ème étage, Bd. Abdelmoumen - Casablanca

إقامة رياض عبد المؤمن، رقم 445A، الطابق الثالث، شارع عبد المؤمن - الدار البيضاء

Résidence Ryad Abdelmoumen, 445A, N°14, 3ème étage - Bd. Abdelmoumen - Casablanca

Amman

Dr. O'Han

—

Age :  
Sexe : M  
Date de prélèvement : 06/04/2023  
Date de réponse : 13/04/2023

Réf. : I23030915  
Nom du patient : EL OIRDI AZZOUZ  
Date de réception : 06/04/2023  
Préscripteur : DR JABIR HAMZA

**NATURE DU PRELEVEMENT**

BIOPSIE PULMONNAIRE Etude IMMUNOHISTOCHIMIE

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

L'étude immunohistochimique montre.

Une négativité du **TTF1**;

Une positivité du **P40**.

**CONCLUSION:**

Carcinome épidermoïde peu différencié.

Signé : Dr. Hicham EL ATTAR

ANNASR PATHOLOGY CENTER  
Dr. EL ATTAR Hicham  
3 Rue de Tunis, El Jadida Maroc  
Fixe : 05 08 50 60 93, Tel : 06 62 76 57  
E-mail : cpa86513@gmail.com  
ICE : 001656784000631

# ANNASR PATHOLOGY CENTER

**FACTURE**

**REF : FA23002017**

Demande **I23030915 - 06/04/2023**  
Médecin traitant DR JABIR HAMZA  
Patient EL OIRDI AZZOUZ - 043026  
Date de facturation 06 / 04 / 2023

## **Liste des examens**

Etude IMMUNOHISTOCHIMIE

**A Payer** 2 000,00 Dhs

**coefficient-P** 1818

**Mode de règlement**

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE DIRHAMS

ANNASR PATHOLOGY CENTRE  
Dr. EL ATTAR Hicham  
3 Rue de Tunis, El Jadida-Maroc  
télé : 08 08 50 60 93 - Tel : 06 62 76 57 67  
E-mail : cpa86513@gmail.com  
ICE : 001656784000031

Adresse : 3 Rue de Tunis, El Jadida Maroc

Tel: 08 08 50 60 93 / 06 62 76 57 67 - Fax : 05 23 33 69 42 E-mail : centrepath.eljadida@gmail.com

IF : 14413629 ICE : 001656784000031 PATENTE: 42200323 INPE : 091024638