

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1323 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : 199204  
 Nom & Prénom : AITMOUJS ALI  
 Date de naissance : 14/06/1966  
 Adresse : 49, lot. Akjoud SEMAATIA MARRAKCH  
 Tél : 0668765930 Total des frais engagés : 380 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/12/23

Nom et prénom du malade : AL AITMOUJS ALI Age : 55

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : Re + PNH

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 : MARRAKCH

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 21/12/13        | CS                | Reception             | Montant détaillé des Honoraires | Oncologie Médicale Radiothérapie<br>CLINIQUE SPECIALISEE MARRAKECH<br>Tél: 0524 422 671 / 0661 121 05690 |
| 27/12/13        | CS                | Reception             | Montant détaillé des Honoraires | Oncologie Médicale Radiothérapie<br>CLINIQUE SPECIALISEE MARRAKECH<br>Tél: 0524 422 671 / 0661 121 05690 |

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue   | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| <i>Dr. Charles Elhadj C. 13/12/1983<br/>Assi Mar 03/12/1983<br/>Medicales EL HADJ C. 13/12/1983<br/>Tel/Fax: 03 36 11 30 22</i> | 21/12/23 | B300 + 1/2                   | 300,00 دج              |

## 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 |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

(Création, remont, adjonction)  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Laboratoire d'Analyses Médicales EL WAFAA

Dr. SLASSI MARIA -Pharmacien Biogiste

50, Angle charie EL Haouz et ouled Hriz-Rabat Tél 0537-63-19-82

Bactériologie , Hématologie, Biochimie

Prélèvement du : 21/12/2023

Référence : 312210968

Edition du : 21/12/2023



1HB8015

Patient : Mr. AIT MOUSS ALI

Médecin: Dr.

## MARQUEURS TUMORAUX

Valeurs de référence

### ANTIGENE SPECIFIQUE DE LA PROSTATE

P.S.A Totale.....: <0.07 ng/ml

#### INTERPRETATION

| Tranches d'âge | Valeurs normales de PSA |
|----------------|-------------------------|
| < 40           | 0.21 à 1.72 ng/ml       |
| 40 - 49 ans    | 0.27 à 2.19 ng/ml       |
| 50 - 59 ans    | 0.27 à 3.42 ng/ml       |
| 60 - 69 ans    | 0.22 à 6.16 ng/ml       |
| > 69 ans       | 0.21 à 6.77 ng/ml       |

NB: La zone de concentration du PSA total habituellement admise comme zone d'indication de PSA Libre (appelée "ZONE REFLEX") est de 4 à 10 ng/ml. cette "ZONE REFLEX" peut être élargie de 2 à 10 ng/ml afin d'augmenter la sensibilité clinique vis à vis du cancer prostatique

Laboratoire d'Analyses Médicales EL WAFAA  
Dr. SLASSI MARIA  
50, Angle charie El haouz et ouad Hriz  
Rabat - Tel/Fax: 0537.63.19.82

**CLINIQUE SPÉCIALISÉE MENARA**

Oncologie Médicale - Hématologie - Radiothérapie

Curiethérapie - Dépistage des Cancers - Traitement de la Douleur

Centre de Médecine Nucléaire Pet CT Scanner - Gamma Caméra

Irathérapie - Centre de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle

**المصحة المختصة المنارة**

الأنكلووجيا الطبية - وحدة فحص أمراض الدم

وحدة علاج الألم - العلاج بالأشعة - علاج بالأشعة الداخلية

مركز الطب النووي التصوير المقطعي بالإصدار البيزوتروني

مركز الأشعنة

Marrakech, le : ..... 21/12/23 .....

NOM :

9<sup>o</sup> - At Apes Ali

- Numération formule + Plaquettes

- Urée - Créatinine

- Bilan hépatique complet :

Bilirubine totale, ASAT, ALAT, GGT, Phosphatases alcalines

- Ionogramme : Na+  K+  Cl-  Mg+  Ca++  Phosphore

Glycémie à jeun  GPP  Protéines  Albumine  Vitamine B12

EPP  Triglycerides  Cholesterol total  HDL  LDL

Fer sérique  Féritine  Réserve alcaline  VS  CRP

- Bilan d'hémostase : TP  PDF  TCK  Fibrinogène

Marqueurs tumoraux : ACE  CA19-9  CA 15-3  CA125  PSA

AFP  β-HCG  Thyroglobuline  Calcitonine  NSE  β2 microglobuline

- Sérologie de l'hépatite B  Sérologie de l'hépatite C  Sérologie HIV

Autre  *Dr. A. AMMOR*

Pour le *CLINIQUE SPÉCIALISÉE MENARA*

19 المستشفى في جبل عيسى 13200 مراكش

19, Albek Quartier de l'hôpital (à côté de la délégation du Ministère de la Santé) - Guéliz Marrakech

الfax : 05 24 44 74 - الهاتف : 05 24 44 70 21

# Laboratoire d'Analyses Médicales EL WAFAA

Dr. SLASSI MARIA -Pharmacien Biogiste

50, Angle charie EL Haouz et ouled Hriz-Rabat Tél 0537-63-19-82

Bactériologie , Hématologie, Biochimie

Pat.:

TVA:

**Facture** 42775

RABAT Le : 21/12/2023

Analyses effectuées le: 21/12/2023

Pour.....: **Mr. AIT MOUSS ALI**

Sur prescription du :Dr

Code.....: 1HB8015



Organisme.....:

## Bilan:

PSA=B300

**Total : B 300**

**Montant Net : 300.00 Dh**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**TROIS CENTS Dhs 00 Cts**

Laboratoire d'Analyses  
Médicales EL WAFAA  
Dr. SLASSI MARIA  
50, Angle Charie El Haouz et ouled Hriz  
Rabat - Tel/Fax: 0537-63-19-82