

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ctique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

adie 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

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

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **0481** Société : **EL/EN**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **S BIAK Mohamed**

Date de naissance : **22/08/1944**

Adresse : **41 Lot Fabe Tabriket Sel.**

Tél. : **06 07 85 96 56** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Age : **16 JU. 2020** 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le **14/10/2020**

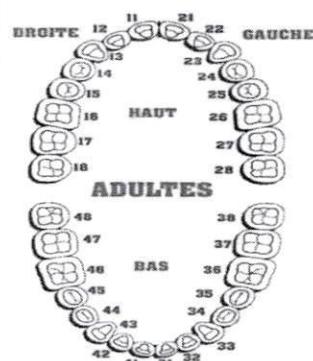


praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

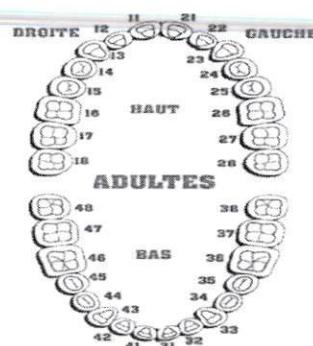
Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



O.D.F. Prothèses dentaires



OLET ADHERENT

NOM :

Mle :

DECLARATION N°

W15-024676



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle :

Nom & Prénom **SBIAA Mhammed**

Fonction **Retraite EL/EN** | Phones: **0607859654**

eMail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date : **03.09.2020**

Date 1ère visite

Nature de la maladie **T.B.R**

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C	1	X130, 00

PHARMACIE

Date

Montant de la facture **39630**

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Désignation des coefficients

Date

Montant détaillé des Honoraires

Zarbia, 999, Rés. Barakat, kiosque N°7 KARIA-SALE / Email: labolhopital@gmail.com Date: **03/09/2020**

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

INPE



ORDONNANCE

Sadi 108709202

M^{rs} SBIAA Mohammed

FLOTRAL cp.

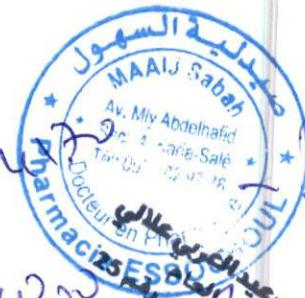
- 15 ml eau
eau bouillie & 3 ml

15930

15320

Promicon 110

1 gél x 2 h < Ma 3 min



4200
39630

Proventil B

1 boute

Kalwest 20 (20)

1 flacon

153,30

G 0-00-9

41,70

LOT 191191
EXF 04/2022
PPV 42.00DH

RECEIVED
04/04/22
MEDICAL SUPPLY CO.

ORDONNANCE

Le 03.09.2020

M-SBIAA Mihummer

Fait par

PSA

النتائج معمول
الطلب تم
البيان المطلوب
تم إدخال البيانات
26-08-2020

LABORATOIRE L'HOPITAL
D'ANALYSES MEDICALES
Av.Zarbia, 999, Rdz. Barzka II, kiosque N°7-KARIA-SALE
Tel. 0537 63 33 37 / E-mail : lablhopital@gmail.com

مختبر المستشفى للتحاليل الطبية

LABORATOIRE L'HOPITAL D'ANALYSES MEDICALES

Biochimie - Hématologie - Hémostase - Hormonologie - Oncologie - Bactériologie
 Virologie - Parasitologie - Mycologie - Immunologie - Spermologie

Dr. Bouchra EL KHIHAL
Médecin Spécialiste
en Analyses Biologiques Médicales
 Ancien Médecin résidente au centre Hospitalier
 Universitaire Ibn Sina - Rabat



الدكتورة بشرى الكحيدا
 طبيبة اختصاصية
 في التحاليل البيولوجية الطبية
 طبيبة مقيمة سابقاً بالمركز الاستشفائي
 الجامعي ابن سينا - الرباط

Salé , le 04/09/2020

Honoraires

Dossier N°: 030920134 du: 03/09/2020

Assurance privé

Médecin Dr :SAID LARBI ALALI

N°Bon de soin Mle

Patient :Mr SBIAA M'hammed

Analyses	Valeur en B	Montant
PSA totale	300,00	330,000
Prélèvement sang veineux	0,00	11,000
Total B	300	
APB	11,00	
Total	341,00	

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de : Trois Cent Quarante Et Un Dirhams ***

LABORATOIRE L'HOPITAL
D'ANALYSES MEDICALES
 Av.Zarbia, 999, Rés. Baraka II, kiosque N°7-KARIA-SALE
 Tél. 0537 83 33 37 / E-mail : labolhopital@gmail.com

Avenue Zarbia, 999, Résidence Baraka II, kiosque N°7-KARIA-SALE

(A côté du nouvel Hôpital provincial Moulay Abdellah de SALE)

شارع الزربية، 999 أقامة البركة 2 - قرية سلا (قرب المستشفى الأقليمي مولاي عبد الله)

Tél : 05-37-83-33-37 – Fax : 05-37-83-65-50 E-mail : labolhopital@gmail.com

ختبر المستشفى للتحاليل الطبية

LABORATOIRE L'HOPITAL D'ANALYSES MEDICALE

Biochimie - Hématologie - Hémostase - Hormonologie - Oncologie - Bactériologie
Virologie - Parasitologie - Mycologie - Immunologie - Spermologie

Dr. Bouchra EL KHIHAL
Médecin Spécialiste
en Analyses Biologiques Médicales
Ancien Médecin résidente au centre Hospitalier
Universitaire Ibn Sina - Rabat



Salé, le 03/09/2020

Compte rendu d'analyses



نورة بشرى الكھيھال
بـ اختصاصية
لتحاليلات البيولوجية الطبية
مقيمة سابقاً بالمركز الاستشفائي
هي ابن سينا - الرباط

Dossier N° : 030920134 Pvt du: 03/09/2020 16:22

Nom : Mr SBIAA M'hammed

Date de naissance : 01/01/1944

Prélèvement : Au laboratoire

Demandé par Dr : SAID LARBI ALALI

Page : 1/1

MARQUEURS TUMORAUX

Valeurs Usuelles

Antérieur

totale

: 21,87 ng/ml

(Inférieur à 4)

technique : ECLIA/ Roche e 411)

rélation du taux de PSA total en fonction de l'âge en ng/ml :

ns : < 1.4

19 : < 2.0

19 : < 3.1

19 : < 4.1

< 4.4

l'interprétation du PSA doit tenir compte de l'âge du patient, de son histoire médicale et d'éventuels gestes diagnostiques ou thérapeutiques effectués sur la prostate . Pour un taux de PSA total compris entre 4 et 10 ng/ml, il est conseillé de doser la PSA libre et de calculer le rapport PSA libre/PSA total

Dr. EL KHIHAL Bouchra
Médecin Biologiste
LABORATOIRE L'HOPITAL D'ANALYSES MEDICALES
Av Zarbia, 999, Rés. Baraka II, kiosque N°7-KARIA-SALE
Tél. 0537-83-33-37

Avenue Zarbia, 999, Résidence Baraka II, kiosque N°7-KARIA-SALE

(A côté du nouvel Hôpital provincial Moulay Abdellah de SALE)

شارع الزربية، 999 أقامة البركة 2، كيوس 7 - قرية سلا (قرب المستشفى الأقليمي مولاي عبد الله)

Tél : 05-37-83-33-37 - Fax : 05-37-83-65-50 E-mail : labolhopital@gmail.com