

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.

Biologie 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.

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.

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 057648

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0481 Société : ELIEN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SBIAT Mhamed
Date de naissance : 22/08/1944
Adresse : 4/ Lot Fabe Tabrikel S.p.
Tél. : 06 07 85 96 54 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 ☐ 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 14 / 10 / 2020

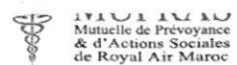
Signature de l'adhérent(e) :



Le 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	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins	
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)		Date du devis												
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de l'exécution												

OJET 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 justificatifs exigés par la Mutuelle		



W15-024676

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle :														
Nom & Prénom <u>S.B/AA Mhammed</u>																
Fonction <u>Retraite EL/EN</u>	Phones <u>0607859654</u>															
eMail																
MEDECIN	Prénom du patient															
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age															
Nature de la maladie <u>A.B.L</u>	Date : <u>03.09.2020</u> Date 1ère visite															
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																
Nature des actes <u>C</u>	Nbre de Coefficient <u>1</u>	Montant détaillé des honoraires <u>x 130.00</u>														
PHARMACIE	Date <u>3/09/20</u>															
Montant de la facture <u>39630</u>																
ANALYSES - RADIOGRAPHIES																
Désignation des Coefficients																
Montant détaillé des Honoraires <u>341.000</u>																
AUXILIAIRES MEDICAUX																
Date :																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV					
Nombre				Montant détaillé des Honoraires												
AM	PC	IM	IV													

الدكتور سعيد العربي علاوي
 رئيس اللجنة
 رقم 25



LABORATOIRES MEDICAUX
 Zaria, 999, Rés. Danab II, Kiosque N°7-KARIA-SALE
 Tél: 0537 45 33 37 / E-mail: labophopital@gmail.com
 Zaria, 999, Rés. Danab II, Kiosque N°7-KARIA-SALE
 Tél: 0537 45 33 37 / E-mail: labophopital@gmail.com

ORDONNANCE

Jedi 08/09/2022

MR SBIAA M'hamed

Flotral op.

15930

- 1 sup le soir
en bouche 3mn

15320

- Permixon 110

1 gel x 2 h 1 Ma 3mn



Proferin 1 sup

1 sup

Kaest 20

1 gel

4200

39630

Handwritten signature and notes in Arabic and French.

153,30
G 3-0-9

41,70

LOT 191191
EXF 04/2022
PPV 42.00DH

153,30

153,30

ORDONNANCE

Le 03.09.2020

M^r - SBIAA Mohammed

Fait par

PSA

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

الدكتور سعيد العربي علالي
الطبيب العام
صالح الحسن الثاني رقم 26
شعبة 1

مختبر المستشفى للتحاليل الطبية LABORATOIRE L'HOPITAL D'ANALYSES MEDICALES

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

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



الدكتورة بشرى الكيخال
طبيبة اختصاصية
في التحاليل البيولوجية الطبية
طبيبة مقيمة سابقا 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 Me

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

مختبر المستشفى للتحاليل الطبية LABORATOIRE L'HOPITAL D'ANALYSES MEDICALE

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

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



تتوفر بشري الكيحال
بأختصاصية
لتحاليل البيولوجية الطبية
مقيمة سابقا بالمركز الاستشفائي
في ابن سينا الرباط



Salé, le 03/09/2020

Compte rendu d'analyses

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

totale

:

21,87 ng/ml

Valeurs Usuelles

(Inférieur à 4)

Antérieurs

Technique : ECLIA/ Roche e 411)

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

ns : < 1.4
19 : < 2.0
29 : < 3.1
39 : < 4.1
< 4.4

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 calculer le rapport PSA libre/PSA total

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