

# 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 234Y Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELOUAIFI Abderrahim

Date de naissance : 19. 3. 1954

Adresse :

Tél. : 06 61 06 77 27 Total des frais engagés : 3.000,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

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 : Casablanca Le : 28.01.2020

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**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. J. P. Bégin Radiologue Lyon, France	28/01/20	22982	3000,00

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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'ORL.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G																
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS													
				DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MK

Dr. Mohamed KOHEN

Diplômé de la faculté de médecine de Nantes  
Ancien cl~~é~~ f de clinique CHU de Nantes

Chirurgie de l'obésité  
Chirurgie cancérologique  
Chirurgie digestive

1. 222

C = Belas  

Ex 1

Q85

**J.K. ALAUUI BOUANANI ABDLHAFID**  
CFS d'Anatomie Pathologique de la Faculté  
de Médecine de Lyon (France)  
Ancien Chef du Service d'Anatomie Pathologique  
de l'Hôpital Sainte-Justine  
10 Rue Orsi  
69322 Villeurbanne Cedex 1  
Télé: 04 72 20 07 77  
Gsm: 06 12 22 07 77  
Casablanca : 0522 445 236  
E-mail: j.k.alauui@mail.com.tn

465AB1219

[www.kohrinc.com](http://www.kohrinc.com)  
info@kohrinc.com  
1-800-44-KOHR  
Kohr Inc.  
1000 N. 13th Street  
Milwaukee, WI 53207

Angle rue El kadi lass et Ahmed El Majjati 2<sup>ème</sup> étage - Maârif - Casablanca

05 22 25 73 63 / 06 61 13 47 78 | [drmkoen@gmail.com](mailto:drmkoen@gmail.com) | [www.kohenmohamed.com](http://www.kohenmohamed.com)



# Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdelhafid  
Anatomo - Cytopathologiste

Casablanca le: 28/01/2020

**Facture N° 200473990**  
**ICE: 001714931000007**

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de: 3 000,00 DH  
**TROIS MILLE DIRHAMS**  
concernant les analyses exécutées le 28/01/2020  
Pour MME BELOUADI ABDERRAHIM  
Sur ordonnance du DR: KOHEN

Dr. ALAOUI BOUHAMID ABDELHAFID  
Laboratoire de Pathologie Alaoui  
Anatomo - Cytopathologiste  
Casablanca - Maroc  
Tél & Fax: 05 22 44 51 00 - GSM: 0661 32 20 02  
Patente n°: 34306984 - ICE n°: 001714931000007 - Casablanca

# Laboratoire de Pathologie Alaoui

Dr. Alaoui Bouhamid Abdellah  
Anatomo - Cytopathologiste

powered by BIOCARTIS

## RAPPORT DES RÉSULTATS DU TEST

Test effectué à l'Laboratoire de Pathologie Alaoui, 310, angle br Libre et rue Omar Riffi Casablanca,  
Maroc, Alaoui Abdellah, +212522445100

ID échant.  
Type échant.  
ID Cartouche  
Type de test  
ID lot

BELOUADI ABDERRAHIM  
Tissu FFIP  
42471006  
MSI IVD/1.0  
00004247

Version TTP  
Date expiration

1.6  
21 Mar 2020

Num. de série de l'Instrument  
Version logiciel Instrument  
Numéro série Console  
Version du logiciel  
Demande de test terminée  
Début du Test  
Test terminé  
État du test  
Opérateur

SER947  
26.0  
C00000736  
4.3.0.380  
30 Jan 2020 (09:58)  
30 Jan 2020 (09:58)  
30 Jan 2020 (12:18)  
Résultat publié : Automatique, 30 Jan 2020 (12:18)  
LABO ALAOUI

Résultat du Test (1) Dispositif de Diagnostic Médical In Vitro. Utilisation réservée aux procédures de diagnostic.

### Idylla™ MSI Test

Statut MSI de l'échantillon	MSS
ACVR2A	Aucune mutation détectée
Score MSI	0,00
BTBD7	Aucune mutation détectée
Score MSI	0,00
DIDO1	Aucune mutation détectée
Score MSI	0,00
MRE11	Aucune mutation détectée
Score MSI	0,00
RYR3	Aucune mutation détectée
Score MSI	0,00
SEC31A	Aucune mutation détectée
Score MSI	0,00
SULF2	Aucune mutation détectée



BIOCARTIS

310, Rue Omar Riffi Tél.: 05 22 44 51 00 - Tél & Fax : 05 22 44 52 30 - GSM: 0661 32  
Patente n°. 34306984 - ICE n°: 001714931000007. - Casablanca

# Laboratoire de Pathologie Alaoui

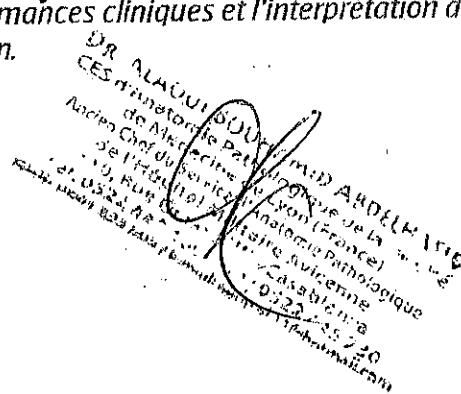
## RAPPORT DES RESULTATS DU TEST

Test effectué à Laboratoire de Pathologie Alaoui, 310, angle bd Liberte et rue Omar Riffi Casablanca,  
Maroc, Alaoui Abdellah Jid, +212522445100

Dr. Alaoui Bouhamid Abdellah Jid  
Anatomo - Cytopathologiste  
**idylla**  
powered by BIOCARTIS

Score MSI	0.00
Statut Qualité	7 biomarqueurs MSI ont été correctement amplifiés, le résultat du Test est donc VALIDE.

(1) Les informations concernant l'utilisation, les performances cliniques et l'interprétation des résultats rapportés sont disponibles dans le Manuel d'utilisation.



Page 2 of 2



BIOCARTIS