

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 (peu importe l'origine) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pératif (attestation) 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 doivent être joints à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement orthodontique, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoirement joint au début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La facture doit être obligatoire en cas de prothèses ou de traitement orthodontique.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chirurgicale doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Autres Informations :

- La MUPRAS garantit la sécurité de vos données personnelles.
- La MUPRAS garantit le respect de la loi RGPD relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.
- La MUPRAS garantit le respect de la loi RGPD 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) **1691** Société

Matricule : **1691** **Actif** **Pensionné(e)** **Autre**

Nom & Prénom : **TALI RABIAA**

Date de naissance : **06/01/1982**

Adresse : **066, 1688 27**

Tel : **066, 1688 27** Total des frais engagés : **000,00 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

**Dr. NASSLAHSEN Med
10, Rue Sigelmassa, Hay El HANA
Casablanca**

Date de consultation : **19/08/2021**

Nom et prénom du malade : **Y-Rasea Tag**

Lien de parenté : **Lui-même**

Nature de la maladie : **Covid 19**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Je déclare que la maladie ou l'accident mentionné ci-dessus a été traité par le praticien mentionné ci-dessus et que je suis en état de faire ma demande de remboursement à la mutuelle. J'atteste que je suis au courant des conditions et modalités de remboursement et que je suis attentif au règlement 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 : **066, 1688 27** le : **19/08/2021**

Signature de l'adhérent(e) : **TALI RABIAA**



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficien	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
1918/20.31	2	2	200,00	INP : 091164384

Dr. NASSLAHSEN Med
10, Rue Sigelmassa, Hay El HANA
Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. BENYAMIN Radiologist 25/08/2018 Poreen	21/08/2018	$\beta_{250} = 350,00$	350,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre de Néphrologie
Hémodialyse AL HANA

Dr. Mohamed NASSLAHSEN
Médecine générale - Médecine du travail
expert assermenté près les tribunaux



مركز تصفيية الكلى هنا
للمهندس محمد ناس لحسن
الطب العام - طب الشغل
خبير مخلف لدى المحاكم

Casablanca, Le:

19/8/2021

Mouhamed Rabea Tazi

D. Dimai

Centrale

مختبر الصقلبي للتحاليل الطبية
LABORATOIRE SCALI D'ANALYSES MEDICALES
Dr. BENMNOUD
240, Bd Brahim Roudani Madrif
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61
Casablanca - Télécopie: 3380504

Dr. NASSLAHSEN Med
10, Rue Sigelmassa, Hay ELHANA
Casablanca

10, Rue Sigelmassa Hay El hanna - Casablanca
Gsm: 06 66 20 33 13 Tél.: 05 22 39 33 88 - Fax: 05 22 39 26 43
E-mail: nasslahsen.mohamed27@gmail.com

Prélèvements à domicile
 sur rendez-vous

Date du prélèvement : 21-08-2021 à 09:02

Code patient : 2108210019

Né(e) le : 01-01-1949 (72 ans)



Mme TAZI Rabea

Dossier N° : **2108210019**

Prescripteur : Dr MOHAMED NASSLAHSEN

HEMOSTASE

D-Dimères

(Tech: Konelab30 – Thermo fisher)

Résultats techniquement contrôlés sur le même prélèvement.

2.48 µg/mL. (<<0.50)

ASPECT DE SERUM

Aspect du sérum :

Normal

Validé par : Dr. BENMLOUD Loubna

مختبر الصقلبي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MÉDICALES

Dr. BENMLOUD Loubna

Tél: 05 22 57 78 25 25 240 22 25 39 01

fax: 05 22 57 78 25 25 240 22 25 39 01

Carte d'identité: 35805014

Carte d'identité: 35805014

240, Bd Brahim Roudani (ex Route d'El Jadida) Mâarif Extension, Casablanca. (طريق الجديدة)

Tel : 0522 25 78 25 / 0522 25 39 61 • Fax : 0522 98 84 94 • Urgences : 0668 181 182 • E-mail : labosqalli@gmail.com

IF : 18801592 • TP : 35805014 • ICE : 001728083000020 • CNSS : 4981008 • CODE INPE : 093000214



مختبر الصالحي للتحاليل الطبية
Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales



FACTURE N° : 210800652

Casablanca le 21-08-2021

Mme Rabea TAZI

Demande N° 2108210019
Date de l'examen : 21-08-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin D-Dimères	E25 B250	E B

Total des B : 250

TOTAL DOSSIER : 350DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent cinquante dirham s

مختبر الصالحي للتحاليل الطبية
LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALES
Dr. BEN MILOUN
240, Bd Brahim Roudani Madrif
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61
Casablanca Patente: 350 00014

Code INPE : 093000214
AWB - Agence Rue Nassih Eddine
RIB : 007 780 0003555000000328 25

