

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Réclamations 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.

## Oncologie 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.

## Education :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule 2374 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FAROUK HAFIDA

Date de naissance : 1-1-53

Adresse : Résidence Jasmin Apt H1a Matrif Extension

Tél. : 0661216286 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/09/2021

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

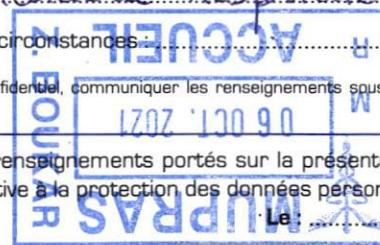
Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Maladie Respiratoire

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : HAFIDA



### 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
30.09.21	CS		250DH	BAUDOUIN PIERRE 00-2300 444

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE BIR ALZERABE	30/09/2021	B:1850 + PT	2504,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

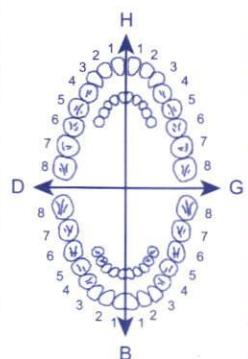
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H 25533412 00000000	G 21433552 00000000
D 00000000 35533411	B 00000000 11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Dr. GADDAR Wassil**

PNEUMOLOGUE

Asthme - Allergies  
 Pathologie du Sommeil  
 Arrêt du Tabac  
 Spirométrie - Bronchoscopie  
 Tests Cutanés  
 Maladies professionnelles



**الدكتور كضار واصل**

اختصاصي في امراض الجهاز التنفسي

الضيقه - الحساسية

أمراض النوم - الإقلاع عن التدخين

الفحص بالمنظار - فحص وظائف الرئة

اختبار الحساسية

الأمراض المهنية

Casablanca le : ..... 30/09/14 .....

Re FAROUK HAFIDA

CA 15-3 . ACE . CA 19-9 .

CA 125 . thyroglobuline .

2

Dr. GADDAR  
Wassil  
Pneumologue  
Casablanca  
Bir Zekra  
Boulaq  
Zaouia  
ex Lavoisier

Dr. GADDAR  
Wassil  
Pneumologue  
Casablanca  
Bir Zekra  
Boulaq  
Zaouia  
ex Lavoisier

رقم 11، زنقة أبو الحسن العسكري (الفاوازي سابقًا) الطابق 5 (مصعد متوف) الشقة 12 في المستشفيات - الدار البيضاء.

11, Rue Abou Hassan Askari (ex - Lavoisier) 5<sup>eme</sup> Etage (avec ascenseur), appart. 12, quartier des hôpitaux - Casablanca.

🕒 Urgence 06 77 20 20 24 ☎ 05 22 860 444 📩 drgaddar@gmail.com

ICE: 00202322000065

**Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane**

117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca

Tél : 05 22 99 46 63/ 05 22 25 82 05 Fax : 05 22 98 09 11

ICE : 001748386000083

Patente : 35870583

IF : 01006693

CNSS : 7070999

Compte bancaire : BMCI Casa Normandie

RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE : 093001196

Casablanca le : 30-09-2021

**Mme Hafida FAROUK**

FACTURE N°	2109301098
------------	------------

**Récapitulatif des analyses**

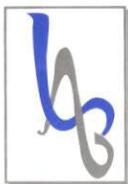
CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
9105	FORFAIT DE SECURITE POUR ECHANTILLON SANGUIN	E0	E
0359	Marqueur Tumoral :antigene carcino embryonnaire : ACE	B250	B
0362	Marqueur Tumoral : Ca 125	B400	B
0363	MarqueurTumoral : Ca 15-3	B400	B
0364	Marqueur Tumoral : Ca 19-9	B400	B
	Thyroglobuline:	B400	B

Total de B : 1850

TOTAL DOSSIER	2504.00 DH
---------------	------------

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux mille cinq cent quatre dirhams

Bir Anzarane  
Casablanca  
Bd Bir Anzarane  
117  
Laboratoire



Prescripteur : Dr WASSIL GADDAR

Dossier ouvert le : 30-09-2021 17:23

Edité le : 01-10-2021

Réf : 2109301098

Mme FAROUK Hafida

Compte Rendu d'Analyse

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 N°2 020/85901

Page 1 / 1

## **ENDOCRINOLOGIE**

**Thyroglobuline ultra sensible:** 20.22 ng/mL (1.40–78.00)  
(Chimiluminescence/Cobas6000)

## **MARQUEURS**

**ACE** 2.04 ng/mL (<5.20)  
(COBAS 6000)

**CA 125** 11.16 U/mL (<35.00)  
(Cobas e 411)

**CA19.9:** 5.94 U/ml (<39.00)  
(Chimiluminescence (Roche Cobas 6000))

**CA 15.3: (RC)** 33.28 UI/mL (<25.00)  
(Cobas e 411)

(RC) : Résultat contrôlé

Fin du compte rendu

Laboratoire d'Analyses  
de Biologie Médicale  
Bir Anzarane  
117, Bd. Bir Anzarane - Casa  
ICE - 001748306000083  
- 093001196

*Dr A. Azeddoug*

*Médecin biologiste*

Biologistes Responsables :

- Dr. A. AZEDDOUG

- Dr. N. BAAJ

**Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2020/85901**

Dossier Valide