

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## rmacie :

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.

## ique :

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.

## ladie 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

*S.2*

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : *23925*

Société : *95034*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *HANOUNI Naima*

Date de naissance : *27/10/1951*

Adresse : *Appart. N.R. 174 ATLAS GOLF RESORT  
NAKHIL SUD MARRAKECH*

Tél. : *06 138 708 41* Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *08/11/2021*

Nom et prénom du malade : *Neoplasie mammaire* Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *Neoplasie mammaire*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

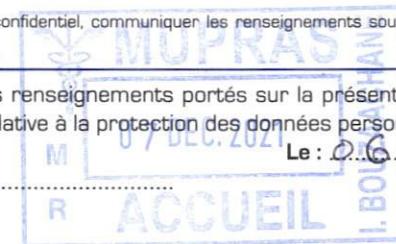
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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*

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : *06/11/2021*



## **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
08/11/2021	C2		250.00 DH	 Dr. Natural Centre International d'Oncologie Casablanca Oncologue - Radiothérapeute 05 22 77 81 81

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

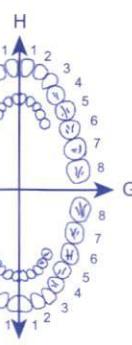
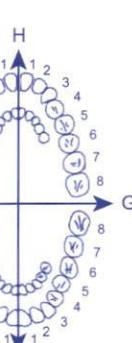
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	H D B G			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H D B G			MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412   21433552 00000000   00000000 D —————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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**



Centre International d'Oncologie Casablanca  
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Naoufal Mamou  
Oncologue - Radiothérapeute  
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

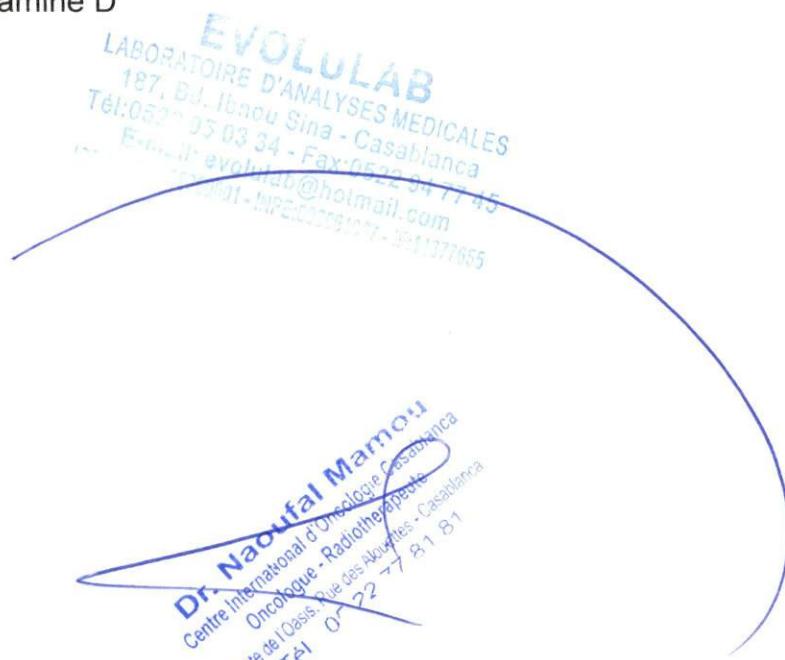
Casablanca, le.....

08/11/2021

## MME ANNOUNI NAIMA

### Analyses :

vitamine D



**FACTURE N° : 2111232004**

**INPE: 093061067 IF:14377655**

Casablanca le 23-11-2021

**Mme Naima ANNOUNI**

Date de l'examen : 23-11-2021

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
PS	Prélèvement sang Vitamine D – 25-hydroxy-vitamine D – D2 + D3 :	E25 B450	E B
			✓

Total des B : 450

**TOTAL DOSSIER : 628.00 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent vingt-huit dirhams

*EVOLULAB*  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca  
Tél: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45  
E-mail: evolulab@hotmail.com

**Dr. Aziz MOTAOUAKKIL**

- Pharmacien Biologiste Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Lyon

- Ex Interne des Hôpitaux de Lyon

- Diplôme de Biologie de la Reproduction de Besançon

**Hématologie - Bactériologie - Parasitologie - virologie - Biochimie - Immunologie**

**P M A ( Biologie de la Reproduction : IAC - FIV - ICSI )**

**Date du prélèvement :** 23-11-2021 à 09:04

**Code patient :** 2111232004

**Né(e) le :** 27-10-1951 (70 ans)



**Mme Naima ANNOUNI**

Dossier N° : 2111232004

Prescripteur : Dr NAOUFAL MAMOU

### ANALYSES SPECIALISEES

Vitamine 24.80 ng/ml

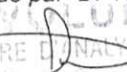
D-25-hydroxy-vitamineD-D2+D3

(Technique ELFA sur Vidas)

49.60 nmol/L

STATUT	25-(OH) VITAMINE D
Déficient	<20 ng/ml
Insuffisant	20-29 ng/ml
Suffisant	30-100 ng/ml
Toxicité potentielle	>100 ng/ml

Validé par Dr Y.ZEMRANI

  
**EVOLULAB**  
 LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
 187, Boulevard Ibn Sina - Hay El Hana  
 Tél. 05 22 95 03 34 - Fax: 05 22 94 77 45

**Dr. Aziz MOTAOUAKKIL**

- Pharmacien Biogiste Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Lyon

- Ex Interne des Hôpitaux de Lyon

- Diplôme de Biologie de la Reproduction de Besançon

**Hématologie - Bactériologie - Parasitologie - virologie - Biochimie - Immunologie**

**P M A ( Biologie de la Reproduction : IAC - FIV - ICSI )**

**Date du prélèvement :** 23-11-2021 à 09:04

**Code patient :** 2111232004

**Né(e) le :** 27-10-1951 (70 ans)

**Mme Naima ANNOUNI**

Dossier N° : **2111232004**

Prescripteur : Dr NAOUFAL MAMOU



### ANALYSES SPECIALISEES

Vitamine 24.80 ng/ml

D-25-hydroxy-vitamineD-D2+D3

(Technique ELFA sur Vidas)

49.60 nmol/L

STATUT	25-(OH) VITAMINE D
Déficient	<20 ng/ml
Insuffisant	20-29 ng/ml
Suffisant	30-100 ng/ml
Toxicité potentielle	>100 ng/ml

Validé par Dr Y.ZEMRANI  
**EVOLULAB**  
 LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
 187, Boulevard Ibnou Sina, Hay El Hana - Casablanca  
 Tél. : 05 22 95 03 34 - Fax : 05 22 94 77 45  
 E-Mail : evolulab@hotmail.com