

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

iologie 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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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° M20- 0009223

Optique

Conserver

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1964 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NAZIHI Abdellaziz AGUSS

Date de naissance : 1956

Adresse : Hantue Elle

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-09223

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
23/11/2021	Centrale			<i>Carole MOUNE Cariologue 03 88 02 02 02 ICE 06 162 4984 0000 UPE 09 17 21 01 01</i>

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 Cœfficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE SIDI MAAROUF NCE : 00168169200016 40606866 - TP : 00159885 - 086124 - RC : 410230	27/12/24	B650 +2	891.80

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* 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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet de Cardiologie Adulte - Enfant

- Diplôme de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Ancien praticien du CHU de La Timone - Marseille
- Diplôme de cardiologie congénitale et pédiatrique de la Faculté de Marseille
- Diplôme d'Echoangiographie Adulte de la Faculté de Bordeaux - Segalene
- Membre de l'European Association of Cardiovascular Imaging
- Diplôme d'ETO Echocardiographie trans-oesophagienne - American Society of Echocardiography

عيادة طب القلب الكبار - الأطفال

- دبلوم كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيب سابق بمستشفى مرسيليا - فرنسا
- دبلوم في أمراض القلب الخلقية وطب الأطفال - كلية مرسيليا
- دبلوم فحص القلب بالصدى ببوردو - فرنسا
- دبلوم طب قلب الأطفال بمرسيليا
- عضو الجمعية الأوروبية لتصوير القلب والأوعية الدموية
- دبلوم صدى القلب الداخلي - الجمعية الأمريكية لتطبيط صدى القلب

Nazilli albagryz

ACE

CA 19.9

Dr. Y. JARMOUNE
184 Angle 2Mars et BD El Fida, Résidence La Perla
Casablanca Tel 05 22 82 02 20
ICE 00 162 4984 0000 84
INPE 091177212

LABORATOIRE SIDI MAAROUF
ICE : 001681692000016
IF : 40606866 - TP : 36159885
CNSS : 986124 - RC : 410236

Dr. Y. JARMOUNE
Cardiologue
184 Angle 2Mars et BD El Fida, Résidence La Perla
Casablanca Tel 05 22 82 02 20
ICE 00 162 4984 0000 84
INPE 091177212



184، زاوية شارع 2 مارس و شارع الفداء، إقامة LA PERLA
184, Angle BD 2 Mars et BD El Fida, Résidence La Perla,
3ème étage N°13 - Casablanca.
Tel : +212 5.22.82.02.20 - jarmounyoussef@gmail.com

Laboratoire d'Analyses Médicales
Sidi Maarouf

Facture

Casablanca, le 27/12/2021

Dossier N°: 271221-033 du: 27/12/2021

Médecin Dr : JARMOUNE YOUSSEF

Patient :Mr NAZIHI Abdelaziz

Analyse	Valeur en B	Montant
ACE : Antigène Carcino-Embryonnaire	250	335,00
Antigène CA19-9	400	536,00

Montant de prélèvement : 20,00

Total en dirhams à payer: 891.00

LABORATOIRE SIDI MAAROUF
ICE : 001681692000016
IF : 40606966 - TP : 36159885
CNSS : 36124 - RC : 410236



مختبر التحاليل الطبية سidi معارف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SIDI MAAROUF

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Dr. Ghizlane HADDIOUI
Médecin Biologiste

Casablanca, le 27/12/2021

Code Patient : 17-06203

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 271221-033 Pvt du: 27/12/2021 9:57

Nom : Mr NAZIHI Abdelaziz

Demandé par Dr : JARMOUNE YOUSSEF



Page : 1/1

MARQUEURS TUMORAUX

ACE : Antigène Carcino-Embryonnaire : 7,80 ng/ml

(Tech immuno-fluorescence AIA 360)

Intervalle de référence :
Fumeurs < ou= 10ng/ml

Valeurs Usuelles

Antériorité

(Inférieur à 5,8)

CA19-9 : Antigène carbohydrate 19.9 : 1,00 UI/ml

(Tech immuno-fluorescence AIA 360)

(Inférieur à 39)

LABORATOIRE SIDI MAAROUF
Dr GHIZLANE HADDIOUI
Médecin Biologiste
Rd.Pt Sidi Maarouf Casablanca
Tél: 0522 33 52 71 - GSM: 06 68 15 24 24
Fax: 0522 33 52 71