

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.

Diagnostique 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 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- 0005063

105662

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00850

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL NTOUN Lahoucine

Date de naissance : 01/01/1948

Adresse : Appt 4. 1mm Nehdi Rue Ibn Al Arabi Cité Lakhyam Agadir

Tél. : 06661662167

Total des frais engagés :

470,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/01/22

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : CMT est PSA total élevé veni d'essai 19

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 : AGADIR

Le : 26/01/22

Signature de l'adhérent(e) :


RELEVÉ 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
26/01/22	CS		A-G	 Dr. Agadir 1 Souss 4ème étage Hassan II - Agadir 34 04 65

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologiste	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES Imm. Marhaba, Bd. Cheikh Saâdi Tél: 0528 820 210 / Fax: 0528 820 151 Dr. Samir MAHFOUD M.A.	24/01/22	A7	449,00

AUXILIAIRES MÉDICAUX

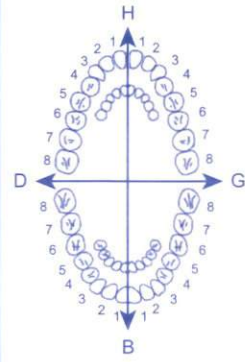
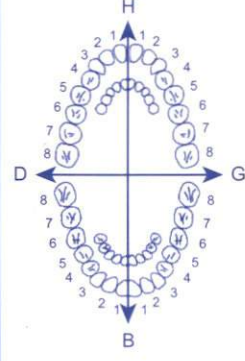
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[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 Zinelabidine ABOUELFADEL

Chirurgien Urologue
Diplômé de l'Université de Strasbourg - France
Spécialiste en Uro-oncologie
de l'Université de Colorado
Denver - USA

الدكتور زين العابدين أبو الفضل

جراح المسالك البولية
خريج جامعة ستراسبورغ فرنسا
خبير علاج أورام المسالك البولية
من جامعة كولورادو دنفر
الولايات المتحدة الأمريكية

27-12-21
أكادير في :

Etienne Lahmar

Noter PSA était élevé à
analyse et refaire dans un mois

Dr Zinelabidine ABOUELFADEL
Chirurgien Urologue
3, Imm. Ait Souss 4ème étage
Avenue Hassan II - Agadir
Tél. : 05.28.84.84.65

BILAN BIOLOGIQUE

Le 06 / 01 / 22

Nom / Prénom **EL MOUHAMMAD**

Age : 74

Sexe : M ☒ F ☐

◆ Groupage sanguin

- ☐ Groupe
- ☐ Rhésus
- ☐ RAI
- ☐ Phénotype Rhésus
- ☐ Coombs Indirect
- ☐ Coombs direct

◆ Hématologie/infectiologie

- ☐ NFS
- ☐ Plaquette
- ☐ Electrophorèse de l'hémoglobine
- ☐ Réticulocytes
- ☐ VS
- ☐ CRP
- ☐ Procalcitonine

◆ Bilan d'hémostase

- ☐ TP
- ☐ INR
- ☐ TCK
- ☐ Fibrinogène
- ☐ D-Dimères

◆ Bilan lipidique

- ☐ Cholestérol total
- ☐ Cholestérol HDL
- ☐ Cholestérol LDL
- ☐ Triglycérides

◆ Bilan glycémique

- ☐ Glycémie à jeun
- ☐ Hyperglycémie provoquée
- ☐ Hémoglobine glyquée

◆ Bilan martial

- ☐ Fer sérique
- ☐ CTF
- ☐ Ferritine
- ☐ Transferrine

◆ Ionogramme sanguin

- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl-
- ☐ Calcium
- ☐ Réserve Alcaline
- ☐ Phosphore
- ☐ Magnésium
- ☐ Magnésium érythrocytaire
- ☐ Protéines
- ☐ Acide urique

◆ Ionogramme urinaire

- ☐ Diurèse
- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl-
- ☐ Calcium
- ☐ Phosphore
- ☐ Urée

◆ Fonction rénale

- ☐ Urée
- ☐ Créatinine
- ☐ Clairance de la créatinine
- ☐ Protéinurie des 24h

◆ Fonction hépatique et pancréatique

- ☐ ASAT
- ☐ ALAT
- ☐ Phosphatase alcaline
- ☒ Gamma GT
- ☐ Bilirubine libre et conjuguée
- ☐ 5' Nucléotidase
- ☐ Amylase
- ☐ Lipase
- ☐ Electrophorèse des protéines

◆ Examen des urines

- ☒ ECBU
- ☒ Aréogramme
- ☒ Test de grossesse

◆ Bilan hormonal

- ☐ Prolactine
- ☐ FSH
- ☐ Œstradiol
- ☐ βHCG
- ☐ T3
- ☐ T4
- ☐ TSH us

◆ Sérologie et immunologie

- ☐ VDRL
- ☐ TPHA
- ☐ Hépatite A
- ☐ Hépatite B:
 - ☐ Antigène Hbs
 - ☐ Antigène Hbe
 - ☐ Anticorps Anti Hbc
 - ☐ Anticorps Anti Hbs
 - ☐ Anticorps Anti Hbe
- ☐ Hépatite C
- ☐ ASLO

◆ Examen des selles

- ☐ Coprologie
- ☐ Parasitologie

◆ Divers

- ☒ PSA
- ☐ Phosphatase acide
- ☐ Vitamine D
- ☐ CPK
- ☐ Troponines
- ☐ BNP
- ☐ Pro BNP

Autres :

LABORATOIRES MAHFOUD
D'ANALYSES MEDICALES
Imm. Marhaba, Bd. Cheikh Saâdi
Tél: 0528 820 210 / Fax: 0528 820 451
Dr. Samir MAHFOUD FILALI
M.A.

Laboratoire MAHFOUD

Adresse: Bd Chaikh Saadi - AGADIR - Maroc
Tél.: 05.28.82.02.10 - Fax: 05.28.82.04.51 ICE:001169237000027
IF: 75701680 INP: 043000520

Code Patient : 374098

27/01/2022

FACTURE N° 213251

Nom et Prénom ... : Monsieur Lahoucine EL MTOUN

Prescripteur : Dr. DR.ABOUELFADEL ZINELABIDINE

Référence..... : 270122 139

Analyses cotées à : PAT Dh 0,00+ SEC Dh 0,00+ GGT B50+
PSAT B300+

Arrêtée la présente facture à la somme de **470,00 Dhs**
Quatre cent soixante dix Dirhams et zéro centime

Laboratoire MAHFOUD
D'ANALYSES MEDICALES
Imm. Maryabadi - Agadir
Tél: 0528 820 431
Dr. Samir MAHFOUD
Biologiste



Laboratoire Mahfoud d'analyses médicales



المساعدة الطبية على الإنجاب
PROCRÉATION MÉDICALE ASSISTÉE

Dr Samir Mahfoud Filali
Spécialiste en analyses médicales : Lauréat de l'UCL. Bruxelles
Spécialiste en procréation médicale assistée : Diplôme de Montpellier UM1

Imm. Marhaba, Bd. Chaikh Saadi - 29 Février - AGADIR / Tél.: 05 28 82 02 10 / 05 28 84 81 72 - Fax : 05 28 82 04 51

Code Patient : 374098
Enregistré le : 27/01/22 à 12h11 par:MA
Prélèvé le : 27/01/22 à 12h09
Edité le : 28/01/22 à 10h30
CIN:B186747 PASSEPORT:
DATE DE NAISSANCE:01/01/1948

Monsieur EL MTOUN Lahoucine
Référence : 270122 139
Dr.DR.ABOUELFADEL ZINELABIDINE

Page: 1/1

BIOCHIMIE

	Valeurs de référence	Antécédents
GAMMA G.T..... :	49 UI/L	HOMME (8 à 61) FEMME (5 à 36)

MARQUEURS TUMORAUX

	Valeurs de référence	Antécédents
Cobas E411 - ROCHE		
P.S.A. (Prostatic Spécific Antigène)		
Cobas E 411		
Résultat :	7,00 µg/l	(< à 4)

Résultats validés par Dr Samir MAHFOUD FILALI, Biologiste

LABORATOIRE MAHFOUD
D'ANALYSES MÉDICALES
Imm. Marhaba, Bd. Chaikh Saadi
Tél: 0528 820 210 / Fax: 0528 820 451
Dr. Samir Mahfoud FILALI
F.D.