

## 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 (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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La 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.

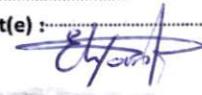
N° W21-682968

(1,06587)

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>		
Matricule : <b>8361</b>	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>EL YOUSFI SAMIR</b>		
Date de naissance : <b>15/04/67</b>		
Adresse :		
Tél. : <b>0661265203</b> Total des frais engagés : <b>450,00 Dhs</b>		
<b>Cadre réservé au Médecin</b> 		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade : <b>el Youssi Samir</b> Age :		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : <b>olympe nocturne</b>		
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 : **Conciergerie**

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : **07/02/22**

### 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
22/2/2022	A	0	156 DH	INP : 099132524 Dr. TAHIR MEDICAL CLINIC N° 10, Avenue EL KHAYAT Casablanca - D 36639

### 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 : ANSALAB Boulevard Mameche, rue Annariss Beausite Casablanca Tél : 0522 39 82 41	07-2-2022	B 300	250 DH

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

VOLET ADHERENT

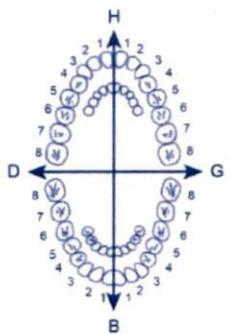
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

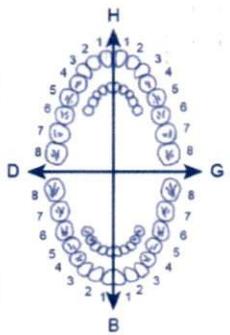
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]



ODF PROTHESES DENTAIRES

H	21433552
D	00000000
B	11433553
G	35533411

(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. TAHIRI Saïda ép. BENNANI**

**EXPERTE PRES LES TRIBUNAUX**

**MÉDECINE GENERALE**

**SPECIALISTE EN MÉDECINE DU TRAVAIL  
FACULTÉ DE RENNES**

**4, AVENUE OMAR EL KHAYAME  
BEAUSÉJOUR - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 39 71 63**

**GSM : 06 61 41 83 45**

**INP : 091132324**

**الدكتورة الطاهري بناني سعيدة**

**خبيرة لدى المحاكم**

**الطب العام**

**اختصاصية في طب الشغل**

**4, شارع عمر الخيام - بوسجور الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 39 71 63**

**06 61 41 83 45**

*El Yousfi  
Sourir*

Casablanca, le

*7/12/2022*

*PSA*

*Docteur TAHIRI Saïda ép. BENNANI  
MÉDECINE GENERALE  
Expertise en médecine du travail  
Médecin de justice  
4, Avenue Omar El KHAYAM  
Beauséjour - CASABLANCA  
Tél : 05 22 39 71 63 — GSM : 06 61 41 83 45*

**مختبر التحليلات طبية انفاب**  
**LABORATOIREE ANFA LAB**  
Bd Yacoub El Mansour, rue Annarjiss  
Beauséjour - Casablanca  
Tél : 0522 39 82 41

# **LABORATOIRE ANFA LAB D'ANALYSES MÉDICALES**

RDC-Espace des arts, Angle bd Yacoub El Mansour et rue Annarjis, Beauséjour, CASABLANCA

Tél : 05 22 39 82 41/06 24 28 45 06 – T.P: 34800898 I.F: 40246527 I.C.E: 000426563000094 I.N.P.E : 093063782

**FACTURE N° : 220207023**

Casablanca le 07-02-2022

**M. Samir EL YOUSFI**

Demande N° 220207023

Date de l'examen : 07-02-2022

Analyses :

<b>Récapitulatif des analyses</b>		
<b>CN</b>	<b>Analyse</b>	<b>Clé</b>
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E30
0361	PSA	B300

Total des B : 300

**TOTAL DOSSIER : 300.00 DHS**

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cents dirhams

مختبر التحاليل - نفية انفاب  
LABORATOIRE ANFA LAB  
Bd Yacoub El Mansour - Annarjis  
Beauséjour - Casablanca  
Tél : 0522 39 82 41



# مختبر التحاليل الطبية أنفالاب

## Laboratoire d'analyses médicales ANFA LAB

د. هناء إيمان مشماش  
Dr. Hanae Imane MACHMACHI

Date du prélèvement : 07-02-2022 à 14:45  
Code patient : 220207023  
Né(e) le : 15-04-1967 (54 ans)

M. EL YOUSFI Samir  
Dossier N° : 220207023  
Prescripteur : Dr TAHIRI BENNANI Saida



### MARQUEURS TUMORAUX

PSA Total (ELFA Vidas PC Biomérieux )	0.73 ng/mL 0.73 µg/L
Tranche d'âge	les valeurs normales
<40 ans	0.21– 1.72 ng/ml
40–49ans	0.27–2.19 ng/ml
50–59ans	0.27– 3.42 ng/ml
60–69ans	0.22–6.16 ng/ml
> 69 ans	0.21– 6.77 ng/ml

NB: Dans le cadre du dépistage des affections prostatiques, il est conseillé de faire un dosage annuel du PSA totale.

Validé par : Dr MACHMACHI HANAE IMANE

مختبر التحاليل الطبية أنفالاب  
LABORATOIRE ANFA LAB  
Bd Yacoub El Mansour - Rue Annarjiss  
Beauséjour - Casablanca  
Tél : 0522 39 82 41

Page 1 / 1

DES DE BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - BIOCHIMIE - HÉMATOLOGUE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

RDC, Espace des arts, Angle Bd Yacoub El Mansour et Rue Annarjiss, Beauséjour - Casablanca  
+212 522 398 241 +212 624 284 506 anfalab.ma h.machmachi@anfalab.ma  
T.P : 34800898 - I.F : 40246527 - I.C.E : 000426563000094 - I.N.P.E : 097167282