

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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de Maladie

N° W19-473948

125435

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8334 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ETTAHALI MOHAMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662360713 Total des frais engagés :

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

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
				INP : <input type="text"/>

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 Coefficients	Montant des Honoraires
	05/09/21	Laboratoire Radiologie Dr. ALAOUI Mohamed Tél.: 06 71 36 23 32 / 522 25 28 09	419,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

	Traitées	Soins															
			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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

LABORATOIRE ATLAS D'ANALYSES MEDICALES

Dr ALAOUI Mohamed Spécialiste en Biologie Médicale

Immeuble Angle Bd. Abdelmoumen Rue Chatila 1er étage N2 casablanca

TEL. +212(0)522 25 28 49 FAX. +212(0)522 25 03 82

INP: 093060549

ICE : 001851292000089

IF : 40199501

Assuré

Matricule

Bénéficiaire

ETTAHALI MOHAMED

Prise en charge N°

FACTURE N° 56244

Facturé le : 05/08/2022

Analyses :

PSA TOTALE

B 300,00

Total analyses : 402,00 Dh

Prélèvements :

Sang

Total Prélèvements : 17,00 Dh

Total <>

300

Soit un montant total :

419,00 Dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENT DIX NEUF DIRHAMS ET 00 CENTIMES

ALAOUI Mohamed
Biologiste
Laboratoire D'analyse Médicales
ATLAS
Tél.: 06 71 36 28 88 - 0522 25 28 49

ALAOUI MOHAMED

Biologiste

Diplômé des Facultés
de Médecine et de Pharmacie de Montpellier



ATLAS
LABORATOIRE
D'ANALYSES MEDICALES

العلوي محمد

إحيائي

خريج كليتي الطب والصيدلة بمونبليي

مختبر التحليلات الطبية
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

CES : Hématologie • Bactériologie - Virologie
Immunologie • Parasitologie - Mycologie

Préscripteur : Dr.

Prélève à : ::



093060549

MONSIEUR ETTAHALI MOHAMED

Dossier N° : 2080523957

du : 05/08/2022

Page : 1

Compte Rendu d'Analyses

MARQUEURS TUMORAUX

PSA TOTALES

(Tech.Chimiluminescence ACCESS)

Valeurs usuelles en ng/ml

Age

<50 ANS : <2.5 ng/ml

>50 ans : <4.0ng/ml

1,62

ng/ml

2080523957

ALAOUI Mohamed
Biologiste
Laboratoire d'Analyse Médicales
ATLAS
Tél.: 06 71 36 28 88 - 0522 25 28 49

Immeuble Angle Bd. Abdelmoumen Rue Chatila, 1er étage N°2 - Casablanca

Tél : 05.22.25.28.49 - Tél/fax : 05.22.25.03.82 - Gsm : 06.71.36.28.88 - Email : laboatlasalaoui@hotmail.com

Professeur EL MRINI M
Chirurgien Urologue


Membre de la Société Internationale d'Urologie

الدكتور المريني محمد

أستاذ في جراحة الكلي والمسالك البولية
عضو الجمعية العالمية لجراحة
الكلي والمسالك البولية

Casablanca, le

05 AOUT 2022

u'  

PSA

ALAOUI Mohamed
Biologiste
Laboratoire D'analyse Médicales
ATLAS
Tél.: 06 71 36 28 88 - 0522 25 28 49

Professeur EL MRINI Mohamed
Chirurgien Urologue
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 05 22 25 36 36 - Fax: 05 22 25 88 80