

# 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

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

N° W19-473948

125435

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8334

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ETTAHALI MOHAMED

Date de naissance :

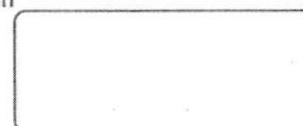
Adresse :

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

Enfan

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'at<sup>h</sup>me déclin 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) :

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin 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**

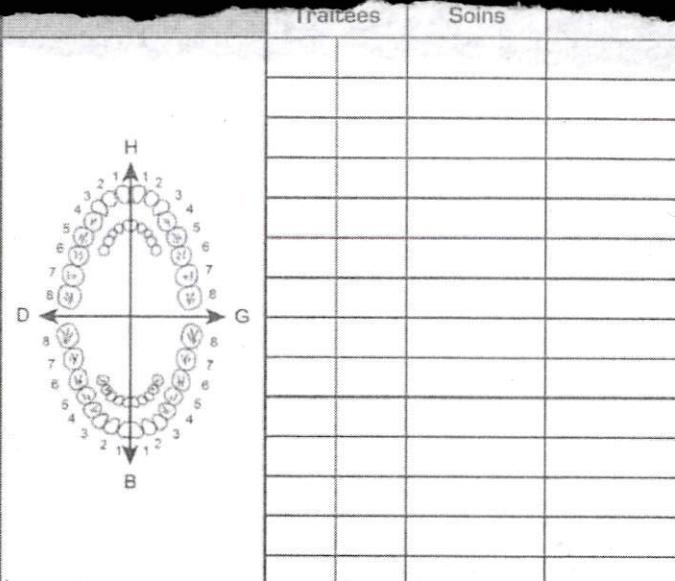
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Accéssitaires	Montant des Honoraires
	05/09/2016	LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES TÉL: 00 71 36 20 82 ATTELAGE 132	419,000

## 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.

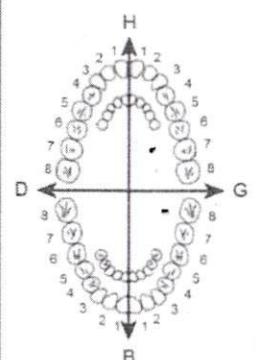
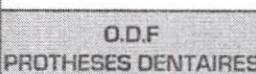


O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## [Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## CCEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

# 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 <<B>> 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'Analyses 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



العلوي محمد

العلوي محمد

خريج كلية الطب والصيدلة بمونبولي

**مختبر التحاليل الطبية**  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

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

Préscripteur : Dr.

Prélèvé à : ::

Compte Rendu d'Analyses



093060549

**MONSIEUR ETTAHALI MOHAMED**

Dossier N° : 2080523957

du : 05/08/2022

Page : 1

**MARQUEURS TUMORAUX**

**PSA TOTALES**

(Tech. Chimiluminiscence ACCESS)

**1,62**

ng/ml

Valeurs usuelles en ng/ml

Age

<50 ANS : <2.5 ng/ml

>50 ans : <4.0ng/ml

2080523957

ALAOUI Mohamed  
Biologiste  
Laboratoire d'Analyse Médicales  
Tél.: 06.71.36.18.88 - 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 الكلى والمسالك البولية  
عضو الجمعية العالمية لجراحة  
الكلى والمسالك البولية

Casablanca, le .....

05 AOUT 2022

ن

محمد المريني

M. Mrini

P. S.A

ALAOUI Mohamed  
Biologiste  
Laboratoire Bianalyse 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

76 شارع عبد المؤمن الطابق الثالث الدار البيضاء  
Tél.: 05 22 25 36 36 - Fax : 05 22 25 88 80

E-mail : melmrini@hotmail.com