

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- La 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

- Reclamation : 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.

**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° M21- 0061958

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : RAM. MUPRAS  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
Nom & Prénom : ABOU-EL-HOUDA Abdelatif / 195418  
Date de naissance : 30/04/1950  
Adresse : Hay Yasmine II Rue S2 N° 15 Casa. Ain Chok.  
Tél. : 06 65 77 66 66 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Diagnostic Radiologique	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>Hoda OUALI ALAMI</b> <b>MEDICIN BIOLOGISTE</b>	31/01/24	B300	360 00
52, Bd Elkhailj, Hay Abdellah Ain Chock - NC			
22 52 62 52 - 05 22 21 10 80			

[illegible]

## RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>											
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>											
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>											
		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;">                     25533412 00000000                 </td> <td style="text-align: center; width: 50%;">                     21433552 00000000                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">                     00000000 35533411                 </td> <td style="text-align: center;">                     00000000 11433553                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H			25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
H															
25533412 00000000		21433552 00000000													
D		G													
00000000 35533411		00000000 11433553													
B															
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>											
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



مصحة الساحل للأونكولوجيا

CLINIQUE D'ONCOLOGIE LE LITTORAL



090003906

RADIOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •  
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE  
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS  
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

20/10/23

Abdelatif Abou EL Houda

Dosage PSA /

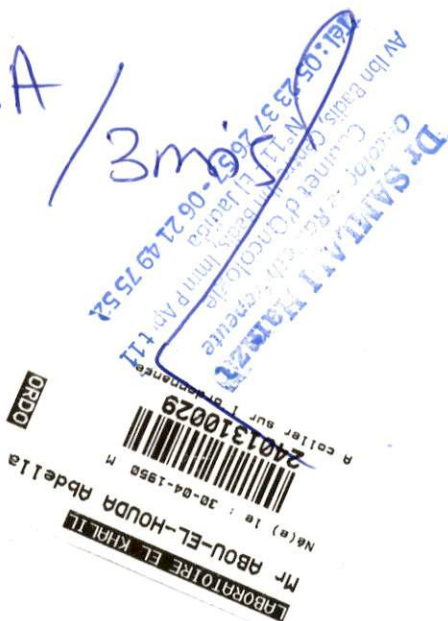
LABORATOIRE EL KHALIL

Dr. Hoda OUALI ALAMI

MEDECIN BIOLOGISTE

252, Bd El Khalil, Hay  
My Abdellah Ain Chock - NC

Fix : 05 22 52 62 52 - 05 22 21 10 90







مختبر الخليل للتحليلات الطبية و البيولوجية

LABORATOIRE EL KHALIL D'Analyses Médicales et Biologiques

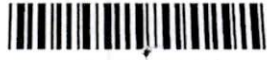
Biochimie - Bactériologie - Hématologie - Immunologie - Hormonologie - Oncologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie - Spermiologie

Dr. Hoda OUALI ALAMI

Médecin Biologiste  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

د. هدى الوالي العلمي

INPE :



093061166

FACTURE N° : 2401310029

Casablanca le 31-01-2024

Mr Abdellatif ABOU-EL-HOUDA

Demande N° 2401310029

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
0361	PSA	B300	B

Total des **B** : 300

Total des **E** : 0.00

TOTAL DOSSIER : 360.00DH

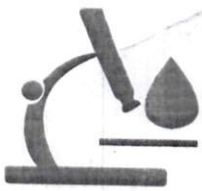
Arrêtée la présente facture à la somme de : **trois cent soixante dirhams**

**LABORATOIRE EL KHALIL**  
Dr. Hoda OUALI ALAMI  
MEDECIN BIOLOGISTE  
252, Bd El Khalil, Hay  
My Abdellah Ain Chock - nc  
Fix : 05 22 52 62 52 - 05 22 21 10 90

252, Bd. EL KHALIL , Hay My Abdellah, Ain Chok, Casablanca- Tél : 0522526252 / FAX:  
0522211090

E-Mail : [labo.elkhalil@gmail.com](mailto:labo.elkhalil@gmail.com) - Patente N : 34046060 - I.F.N : 15214903 - CNSS : 4204096

ICE : 001603906000091



# مختبر الخليل للتحليلات الطبية و البيولوجية

## LABORATOIRE EL KHALIL D'Analyses Médicales et Biologiques

Biochimie - Bactériologie - Hématologie - Immunologie - Hormonologie - Oncologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie - Spermiologie

Dr. Hoda OUALI ALAMI

Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

د. هدى الوالي العلمي

Date du prélèvement : 31-01-2024

Code patient : 2301090022

Né(e) le : 30-04-1950 (73 ans)

Mr Abdellatif ABOU-EL-HOUDA

Dossier N° : 2401310029

Prescripteur : Dr HAMZA SAMLALI



### MARQUEURS TUMORAUX

PSA Total

(Immuno-fluorescence - VIDAS Biomérieux)

<0,01 ng/mL

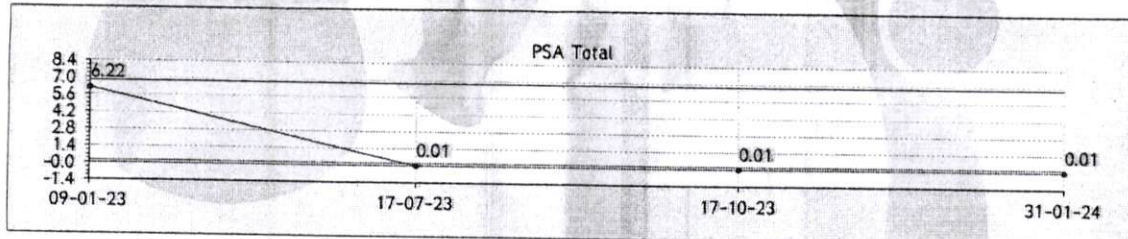
(0,21-6,77)

17-10-2023

<0,01

Valeurs de référence:

Tranche d'âge(ans)	PSA (ng/ml)
< 40	0,21 à 1,72
40 à 49	0,27 à 2,19
50 à 59	0,27 à 3,42
60 à 69	0,22 à 6,16
>69	0,21 à 6,77



Validé par : Dr Hoda OUALI ALAMI

LABORATOIRE EL KHALIL

Dr. Hoda OUALI ALAMI

MEDECIN BIOLOGISTE

252, Bd El Khalil, Hay

My Abdellatif Aïd Chock - NC

Fix : 05 22 52 62 52 - 05 22 21 10 90