

# 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.
- Les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

Cadre réservé à l'adhérent (a)

1530

Société :

Ram

RETIRATO

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MARIE HASSAN

Date de naissance :

15/07/1951

Adresse :

32 RUE DES BRUYERES MARAIS EST  
CASABLANCA

Téléphone :

0661464641

Total des frais engagés :

685

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. A. HALEY

Service d'

07184196

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ADK de prostate

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 :

Le 29/12/2023

Signature de l'adhérent :

OSSA

Signature de l'adhérent (b)

Signature de l'adhérent (c)

Signature de l'adhérent (d)

Signature de l'adhérent (e)

Signature de l'adhérent (f)

Signature de l'adhérent (g)

Signature de l'adhérent (h)

Signature de l'adhérent (i)

Signature de l'adhérent (j)

Signature de l'adhérent (k)

Signature de l'adhérent (l)

Signature de l'adhérent (m)

Signature de l'adhérent (n)

Signature de l'adhérent (o)

Signature de l'adhérent (p)

Signature de l'adhérent (q)

Signature de l'adhérent (r)

Signature de l'adhérent (s)

Signature de l'adhérent (t)

Signature de l'adhérent (u)

Signature de l'adhérent (v)

Signature de l'adhérent (w)

Signature de l'adhérent (x)

Signature de l'adhérent (y)

Signature de l'adhérent (z)

Signature de l'adhérent (aa)

Signature de l'adhérent (bb)

Signature de l'adhérent (cc)

Signature de l'adhérent (dd)

Signature de l'adhérent (ee)

Signature de l'adhérent (ff)

Signature de l'adhérent (gg)

Signature de l'adhérent (hh)

Signature de l'adhérent (ii)

Signature de l'adhérent (jj)

Signature de l'adhérent (kk)

Signature de l'adhérent (ll)

Signature de l'adhérent (mm)

Signature de l'adhérent (nn)

Signature de l'adhérent (oo)

Signature de l'adhérent (pp)

Signature de l'adhérent (qq)

Signature de l'adhérent (rr)

Signature de l'adhérent (ss)

Signature de l'adhérent (tt)

Signature de l'adhérent (uu)

Signature de l'adhérent (vv)

Signature de l'adhérent (ww)

Signature de l'adhérent (xx)

Signature de l'adhérent (yy)

Signature de l'adhérent (zz)

Signature de l'adhérent (aa)

Signature de l'adhérent (bb)

Signature de l'adhérent (cc)

Signature de l'adhérent (dd)

Signature de l'adhérent (ee)

Signature de l'adhérent (ff)

Signature de l'adhérent (gg)

Signature de l'adhérent (hh)

Signature de l'adhérent (ii)

Signature de l'adhérent (jj)

Signature de l'adhérent (kk)

Signature de l'adhérent (ll)

Signature de l'adhérent (mm)

Signature de l'adhérent (nn)

Signature de l'adhérent (oo)

Signature de l'adhérent (pp)

Signature de l'adhérent (qq)

Signature de l'adhérent (rr)

Signature de l'adhérent (ss)

Signature de l'adhérent (tt)

Signature de l'adhérent (uu)

Signature de l'adhérent (vv)

Signature de l'adhérent (ww)

Signature de l'adhérent (xx)

Signature de l'adhérent (yy)

Signature de l'adhérent (zz)

Signature de l'adhérent (aa)

Signature de l'adhérent (bb)

Signature de l'adhérent (cc)

Signature de l'adhérent (dd)

Signature de l'adhérent (ee)

Signature de l'adhérent (ff)

Signature de l'adhérent (gg)

Signature de l'adhérent (hh)

Signature de l'adhérent (ii)

Signature de l'adhérent (jj)

Signature de l'adhérent (kk)

Signature de l'adhérent (ll)

Signature de l'adhérent (mm)

Signature de l'adhérent (nn)

Signature de l'adhérent (oo)

Signature de l'adhérent (pp)

Signature de l'adhérent (qq)

Signature de l'adhérent (rr)

Signature de l'adhérent (ss)

Signature de l'adhérent (tt)

Signature de l'adhérent (uu)

Signature de l'adhérent (vv)

Signature de l'adhérent (ww)

Signature de l'adhérent (xx)

Signature de l'adhérent (yy)

Signature de l'adhérent (zz)

Signature de l'adhérent (aa)

Signature de l'adhérent (bb)

Signature de l'adhérent (cc)

Signature de l'adhérent (dd)

Signature de l'adhérent (ee)

Signature de l'adhérent (ff)

Signature de l'adhérent (gg)

Signature de l'adhérent (hh)

Signature de l'adhérent (ii)

Signature de l'adhérent (jj)

Signature de l'adhérent (kk)

Signature de l'adhérent (ll)

Signature de l'adhérent (mm)

Signature de l'adhérent (nn)

Signature de l'adhérent (oo)

Signature de l'adhérent (pp)

Signature de l'adhérent (qq)

Signature de l'adhérent (rr)

Signature de l'adhérent (ss)

Signature de l'adhérent (tt)

Signature de l'adhérent (uu)

Signature de l'adhérent (vv)

Signature de l'adhérent (ww)

Signature de l'adhérent (xx)

Signature de l'adhérent (yy)

Signature de l'adhérent (zz)

Signature de l'adhérent (aa)

Signature de l'adhérent (bb)

Signature de l'adhérent (cc)

Signature de l'adhérent (dd)

Signature de l'adhérent (ee)

Signature de l'adhérent (ff)

Signature de l'adhérent (gg)

Signature de l'adhérent (hh)

Signature de l'adhérent (ii)

Signature de l'adhérent (jj)

Signature de l'adhérent (kk)

Signature de l'adhérent (ll)

Signature de l'adhérent (mm)

Signature de l'adhérent (nn)

Signature de l'adhérent (oo)

Signature de l'adhérent (pp)

Signature de l'adhérent (qq)

Signature de l'adhérent (rr)

Signature de l'adhérent (ss)

Signature de l'adhérent (tt)

Signature de l'adhérent (uu)

Signature de l'adhérent (vv)

Signature de l'adhérent (ww)

Signature de l'adhérent (xx)

Signature de l'adhérent (yy)

Signature de l'adhérent (zz)

Signature de l'adhérent (aa)

Signature de l'adhérent (bb)

Signature de l'adhérent (cc)

Signature de l'adhérent (dd)

Signature de l'adhérent (ee)

Signature de l'adhérent (ff)

Signature de l'adhérent (gg)

Signature de l'adhérent (hh)

Signature de l'adhérent (ii)

Signature de l'adhérent (jj)

Signature de l'adhérent (kk)

Signature de l'adhérent (ll)</p

## 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
4/09/23		CS		Dr. Halifa Ayoub Service NPA : 071184196 Sexologue Cardiologue Adresses : 071184196

## **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
	04-02-24	B = 60.1	685.DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

## 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 cancéreux, ainsi que le bilan de l'ODD.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession Montant des Honoraires

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مصححة حمداني  
مصححة متعددة الاختصاصات



CLINIQUE HAMDANI

## Clinique Multidisciplinaire

Casablanca, le

412124

## ORDONNANCE

Nom : Najane

**ORDONNANCE**

Dr. Hafya Ayoub  
Chirurgien Urologue et Proctologue  
NPE : 07118416  
Code à barres : 07118416  
renommé Massan

PSA.

ESA Lobe.

**Centre Bio**  
Dr Amine EL ALAOUI  
Av Mohammed V 1-13  
Tél 224 151 151  
El Alaoui  
Témara

**Dr. Halfya Ayoub**  
Chirurgien Urologue et Sexologue  
NPE : 071184196  
Code à barres : 071184196



## Facture N° 213

Nom et prénom : MANANE HASSAN 72 ans-M

Mutuelle : MUPRAS

Date de prélèvement : 04/02/2024

Référence : 64

Dr.HALFYA Ayoub

Acte de biologie demandé	Cotation B
ANTIGENE SPECIFIQUE PROSTATIQUE - PSA	300
PRELEVEMENT SANGUIN	1
PSA LIBRE.....:	300
RAPPORT PSA LIBRE/PSA TOTAL.....:	0

Total du (B)	601 B
Montant en DH	685 DH

**La présente facture est arrêtée à la somme de six cent quatre-vingt cinq dirham**

CENTRE BIOMEDICAL EL ALAOUI  
Dr. Amine EL ALAOUI  
Av. Mohamed V, lotissement Najah,  
Immeuble 1-13, Magasin 2, Temara  
TAN : 0530136151 Urgences : 0644453096. Email : centrealaoui2022@gmail.com

CENTRE BIOMEDICAL EL ALAOUI

مركز العلوي للتحاليل الطبية



Dr AMINE ELALAOUI

DIRECTEUR DU LABORATOIRE  
PHARMACIEN BIOLOGISTE

Le code INPE : **043065077**

Prélèvement du : 04/02/2024 11:17:00

Édité le :

Dossier N° **2420065**

Nom et Prénom : **MANANE HASSAN** Sexe : M

Age : 72 ans Né(e) le : 15/05/1951

Prescripteur :

Validé biologiquement par : **Dr AMINE EL ALAOUI**

CENTRE BIOMEDICAL EL ALAOUI  
Dr. Amine EL ALAOUI  
Av. Mohamed V, lotissement Najah,  
immeuble 113, Magasin 2, Temara  
Tél : +212 530 136 151



Le code INPE : 043065077

Prélèvement du : 04/02/2024 11:09:00

Edité le : 04/02/2024 13:56:37

Dossier N° 2420064

Nom et Prénom : MANANE HASSAN Sexe : M

Age : 72 ans Né(e) le : 15/05/1951

Prescripteur : Dr : Dr.HALFYA Ayoub

## MARQUEURS TUMORAUX

	Résultats	Unité	Valeurs de référence	Antécédents
ANTIGENE SPECIFIQUE PROSTATIQUE - PSA	2.39	ng/ml		

(Vidas Biomérieux)

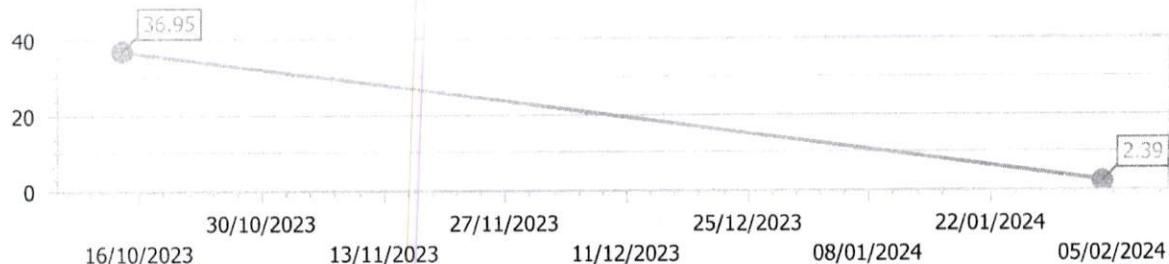
valeurs usuelles en fonction de l'Age du patient:

## tranche d'Age

50 - 59  
60 - 69  
> 69

## valeur seuil par ng/ml

< 4.0  
< 5.4  
< 7.2



## ANTIGENE SPECIFIQUE PROSTATIQUE - PSA

PSA LIBRE.....	0.23	ng/ml	0.00 - 0.93
----------------	------	-------	-------------

(Vidas Biomérieux)

Validé biologiquement par : Dr AMINE EL ALAOUI

CENTRE BIOMEDICAL EL ALAOUI  
Dr. Amine EL ALAOUI  
Av Mohamed V 10000 Casablanca Najah,  
Immeuble Lycée Al Magasin 2, Temara  
Tél : 05 30 13 61 51



Prélèvement du : 04/02/2024 11:09:00

Externe

## Patient N° : 64

Nom et Prénom : MANANE HASSAN M

Age : 72 ans Né(e) le : 15/05/1951

Prescripteur : Dr.HALFYA Ayoub

Demande du : 04/02/2024 11:09:00

Edité le :04/02/2024 13:56:37

## MARQUEURS TUMORAUX

Résultats	Unité	Valeurs de référence	Antécédents
-----------	-------	----------------------	-------------

RAPPORT PSA LIBRE/PSA TOTAL.....: 0.10

(valeur calculée)

**rappor t PSA libre/PSA Total**

## Estimation statistique du risque fonction de l'age\*

= ou < 0.10	0.11-0.18	0.19-0.25	>0.25
-------------	-----------	-----------	-------

## Groupes d'ages

50-59 ans	49.2%	26.9%	18.3%	9.1%
60-69 ans	57.5%	33.9%	23.9%	12.2%
>ou= 70 ans	64.5%	40.8%	29.7%	15.8%

Validé biologiquement par : Dr AMINE EL ALAOUI

CENTRE BIOMEDICAL EL ALAOUI  
 Dr. Amine EL ALAOUI  
 Av Mohamed V, lotissement Najah,  
 immeuble 1-13, Magasin 2, Temara  
 Tel : +212 530 136 151