

## 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.

### Maladie chronique :

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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 053710

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 86810 Société : 35799

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GRUCHA Redouane

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 300.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Fahd El Abdi  
Médecin Anesthésiste  
Réanimateur

Date de consultation : 22/07/2019

Nom et prénom du malade : GRUCHA Redouane Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Appendicite

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles


Information : contact@mupras.com  
Personne en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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



# 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22.07.2020      | C                 | 1                     | 0.150.00                        | <br>Cachet: Médecin Amal - Réan-mateur |

## 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 |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| <br>LABORATOIRE<br>Reception | 23/09/2020 |                              | 300.00                 |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

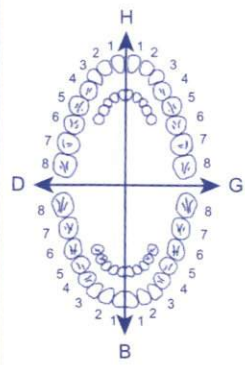
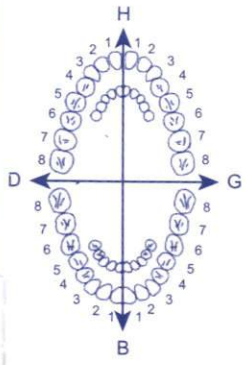
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |  |
|---|---|------------------|-------------|--|
|    |   |                  |             | 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<br>PROTHESES DENTAIRES  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>           25533412<br/>           00000000<br/> <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b><br/>           21433552<br/>           00000000<br/> <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>B</b><br/>           00000000<br/>           35533411         </div> <div style="text-align: center;"> <b>B</b><br/>           00000000<br/>           11433553         </div> </div> |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|   |   |                  |             | 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

Berrechid le : 22/07/2020

ORDONNANCES

Grücher Redwane

مصحة ابن زهر  
Clinique IBN ZOHR  
46. Lot El Amal - Berrechid

faire SVP :

Troponeur us -

Docteur Fahd El Abdi  
Médecin Anesthésiste  
Réanimateur

LABORATOIRE  
SEKKAT  
Réception  
Le.....

مصحة ابن زهر  
Clinique IBN ZOHR  
46. Lot El Amal - Berrechid





# LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MÉDICALES

مختبر سقاط للتحاليل الطبية

Βιοχημεία - Ηématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -  
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Dr. Mohamed SEKKAT  
Médecin Biologiste

Pvt du: 23/07/2020

Mr GRUCHA Redouane

Edition du : 23/07/2020

Dossier N° : 10A07981001



Prélèvement non effectué au laboratoire

Page : 1/1

## MARQUEURS

Valeurs Usuelles

Antériorité

TROPONINE I (High sensitive) : 738,20 ng/l

(Technique : ELFA \_VIDAS)

Interprétation :

Taux : < 14 ng/l Zone d'exclusion

Taux : 14 à 50 ng/l Zone d'observation

Un nouveau dosage à H+3h est nécessaire (une élévation > 30% VPP IDM à 100%)

taux : > 50 ng/l Zone d'inclusion.

Zone a haut risque nécessitant une prise en charge immédiate.

Sérum hémolytique +++

Resultat sous réserve.

LABORATOIRE SEKKAT  
D'Analyses Médicales  
Dr. Mohamed SEKKAT  
Lot EL Yousser II - Berrechid

# Laboratoire Sekkat d'analyses médicales

**Docteur Mohamed Sekkat**  
Médecin Biologiste en analyses médicales

Adresse : N°12 Lot. El Yousser II, intersection rue Mohamed V et rue  
Moqawama, à coté de BMCE bank, Berrechid  
Tél. : 05 22 51 77 81 / Email : [laboratoiresekkat@gmail.com](mailto:laboratoiresekkat@gmail.com)  
Urgences : 06 25 63 42 71

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -  
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

## Facture

N° facture : 20-5189

Patient : Mr GRUCHA Redouane

Edité le : 23/07/2020

Date prélèvement : 23/07/2020

| Analyses                     | Valeur en B | Montant |
|------------------------------|-------------|---------|
| TROPONINE I (High sensitive) | 300         | 300,00  |
| Total B                      | 300         | 300,00  |
| APB                          | 1,0         | 0,00    |
| Majoration de garde          |             |         |
| Total                        |             | 300,00  |

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois cent dirhams\*\*\*

LABORATOIRE  
SEKKAT  
Réception  
Le.....