

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

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## adie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Déclaration de Maladie

Nº P19-

052763

ND: 40030

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2593

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ENNEADIA

Amel

Date de naissance : 01/01/1954

Adresse : HAY AL QUDSI AL MANSAOURA BEQNASSI

CASA

Tél. : 063 042 69 39

Total des frais engagés : 420,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

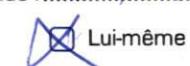
Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/07/2020

Nom et prénom du malade : Dr. Enneddadi Nouredine Age : 66

Lien de parenté :  Lui-même



Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Obésité, Diabète, Hypertension

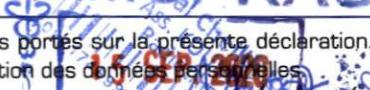
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

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 Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16/07/2020      |                   |                       |                                 | <i>Signature et cachet du Médecin</i>                          |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue                      | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|--|-----------------------------|------------------------|
| <i>Centre de Biologie - Mansour - 419, Bd. Souhaib Erry - Casablanca</i> | 16/07/2020                  | 420 Dh                 |
|  |                             |                        |
|  |                             |                        |
|  |                             |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien   | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
| <i>Centre de Biologie - Mansour - 419, Bd. Souhaib Erry - Casablanca</i> |                |        |     |     |     |                                 |
|  |                |        |     |     |     |                                 |
|  |                |        |     |     |     |                                 |
|  |                |        |     |     |     |                                 |

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées   | Nature des Soins                      | Coefficient                           | Coefficient DES TRAVAUX |
|---------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|
|                           |  |                                       |                                       |                         |
|                           |  |                                       |                                       | MONTANTS DES SOINS      |
|                           |  |                                       |                                       | DEBUT D'EXECUTION       |
|                           |  |                                       |                                       | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                                       |                                       | Coefficient DES TRAVAUX |
|                           | H<br>25533412<br>00000000<br>35533411  | D<br>00000000<br>00000000<br>35533411 | G<br>21433552<br>00000000<br>11433553 |                         |
|                           | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                                       |                                       | MONTANTS DES SOINS      |
|                           |  |                                       |                                       | DATE DU DEVIS           |
|                           |  |                                       |                                       | DATE DE L'EXECUTION     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## FACTURE N° : 200700362

CASABLANCA le 16-07-2020

Mr ENNEDDAM Mohammed

### Récapitulatif des analyses

| <i>CN</i> | <i>Analyse</i>      | <i>Val</i> | <i>Clefs</i> |
|-----------|---------------------|------------|--------------|
| 9105      | Prélèvement sanguin | E17        | E            |
| 0361      | PSA                 | B300       | B            |

Total des B : 300

TOTAL DOSSIER : 420.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent vingt dirhams .

Centre de Biologie  
-Mansour-  
419, Bd. Souhaib Erroumi  
Boumoussi -Casablanca



Date du prélèvement : 16-07-2020  
Code patient : 1908190016  
Né(e) le : 01-01-1954 (66 ans)



دكتورة البوستاني سنا  
Docteur EL BOUSTANI Sanae

Hématologie  
Biochimie Clinique  
Immuno-sérologie

Microbiologie Médicale  
Biologie Moléculaire  
Biologie de la Reproduction

Compte rendu d'examen biologique de :

**Mr ENNEDDAM Mohammed**

Dossier N° : 2007160028

Prescripteur :

Page 1 / 1

**MARQUEURS**

15-06-2020

0.42

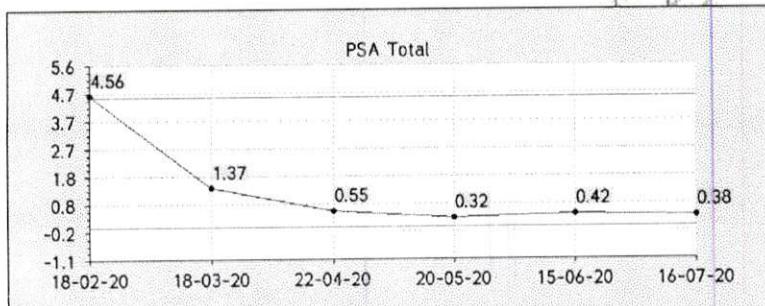
**PSA Total**

(Technique ELFA - Vidas Biomerieux)

0.38 ng/mL

(<4.50)

En dehors de toute pathologie tumorale, on observe une augmentation des valeurs sériques dans l'hyperplasie bénigne de la prostate, la prostatite, la rétention urinaire et le massage prostatique.



Centre de Biologie  
- Mansour -  
419, Bd. Souhaib Erroumi  
Beroussi Casablanca

Validé par : Dr. EL BOUSTANI SANA

**Prélèvement à Domicile Sur Rendez-vous**

419, سهيب الرومي ( أمام مستشفى المنصور ) - البرنوصي الدار البيضاء  
419, Bd. Souhaib Erroumi (Face Hôpital Mansour) Bernoussi - Casablanca C.P 20600

05 22 75 75 39 / 08 08 517 963 [laboratoirecbm@gmail.com](mailto:laboratoirecbm@gmail.com) / [sanaelboustani@hotmail.com](mailto:sanaelboustani@hotmail.com)

05 22 75 75 39 - ICE : 00217223200010 - IF : 31818115 - PATENTE : 31600750