

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

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.

N° W19-562338

464²

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	476	Société :	RAT Retrait
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Belouit Nohamed
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	06 62 18 02 97	Total des frais engagés :	
Dhs			

Docteur Omar HAJJI UNCOLOGUE MEDICAL Salaj 3 Bd. La Grande Ceinture Ain Diab Casa - Anfa - Tél : 05 20 66 68 90/91/92 Fax : 05 22 79 75 94 / 05 22 79 69 89 H1			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	Date de consultation : 28/07/2011		
Nom et prénom du malade :		Age : 81 ans	
Lien de parenté :	090 710 13	Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Nes. ferte			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à : Casablanca
Signature de l'adhérent(e) : 0202.00N.G.D
Date : 06/11/2010

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
26/07/2019	Consultation	1	5000	INP : Dr Omar HAJJI
29/07/2019	Consultation	1	5000	091071043

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

LABORATOIRE HANNOUP
Bâti et en signature du

D'Informatique et du Radiologue

~~64 Bd. My Dris 1er. Casablanca~~

INR : 09306073

ICE 001635916000075

www.ijerpi.org | 10

Date	Désignation des Cœfficients
------	-----------------------------

21912 B209

.....

**Montant
des Honoraires**

223.90

1500 fm

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H				
	25533412 00000000	21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	D	G			
	35533411	11433553			
	B				
	(Création, remont, adjonction) 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 L'EXECUTION



090003906

RADIOOTHERAPIE 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 • RADILOGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

NOM & PRÉNOM : J'BELOUCH M'hamed Date : 26/01/20
 ORGANISME GESTIONNAIRE : Muprop AGE : 65ans
 N° ADMISSION :

BILANS BIOLOGIQUES

HEMOGRAMME : NFS + plq

BILAN D'HÉMOSTASE : TP PDF TCK Fibrinogène INR SD-dimères

BILAN BIOCHIMIQUE :

Ionogramme Complet <input type="checkbox"/>	Na+ <input type="checkbox"/>	Mg+ <input type="checkbox"/>	Protéines <input type="checkbox"/>	Fer sérique <input type="checkbox"/>	Glycémie à jeun <input type="checkbox"/>
Reserve alcaline <input type="checkbox"/>	K+ <input type="checkbox"/>	Ca++ <input type="checkbox"/>	Albumine <input type="checkbox"/>	Ferritine <input type="checkbox"/>	Cl- <input type="checkbox"/>
EPP <input type="checkbox"/>	Triglycerides <input type="checkbox"/>	Cholest.total <input type="checkbox"/>	HDL <input type="checkbox"/>	LDL <input type="checkbox"/>	Ph <input type="checkbox"/>
Clairance de la créatinine <input type="checkbox"/>	Bilirub. totale <input type="checkbox"/>	Bilirubine directe <input type="checkbox"/>	ALAT <input type="checkbox"/>	Urine + creat <input type="checkbox"/>	ASAT <input type="checkbox"/>
Ph. alcalines <input type="checkbox"/>	LDH <input type="checkbox"/>	GammaGT <input type="checkbox"/>	Hémoculture <input type="checkbox"/>	ALAT <input type="checkbox"/>	ECBU <input type="checkbox"/>
CRP <input type="checkbox"/>	PCT <input type="checkbox"/>	CPK <input type="checkbox"/>	CPKmb <input type="checkbox"/>	LDL <input type="checkbox"/>	TROPONINE <input type="checkbox"/>

MARQUEURS TUMORAUX

ACE <input type="checkbox"/>	CA19-9 <input type="checkbox"/>	CA15-3 <input type="checkbox"/>	CA125 <input type="checkbox"/>	AFP <input type="checkbox"/>	Thyroglobuline <input type="checkbox"/>
PSA <input checked="" type="checkbox"/>	Calcitonine <input type="checkbox"/>	NSE <input type="checkbox"/>	β2 microglobuline <input type="checkbox"/>		β-HCG <input type="checkbox"/>

AUTRES :

A realiz le 24/01/20

MEDECIN

24066 138225



مختبر حمزاوي للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE HAMZAOUY D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Noureddine HAMZAOUY

Docteur d'Etat en Pharmacie Biogiste Diplômé des Universités de Paris - France

Spécialiste en Diagnostic et Thérapeutique des couples infertiles

Ancien interne et attaché des hôpitaux de Paris

DEA des sciences économiques et sociales de la santé

INPE 093060721

Facture N°: FA016333/2020

IF 87861100

TP 34459760

ICE: 001635816000075

Référence:



Date de prélèvement mardi 22 septembre 2020

Nom Prénom

BELOUCH MOHAMED W

Médecin:

OMAR HAJJI

Quantité	Lettre clé	Analyses	Total
1	B 9	Prise de sang	9,9 dh
1	B 300	PSA total	330 dh
	B 309		339,90 dh
		Remise -	0,00 dh

Net à payer TTC 339,90 dh

Arrête la présente facture à la somme de: TROIS CENT TRENTÉ-NEUF DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS-DIX CENTIMES

LABORATOIRE HAMZAOUY
d'ANALYSES MEDICALES
Dr. Noureddine HAMZAOUY
64, Bd. My Driss 1er - Casablanca
Tél: 0522 28 40 46 Fax: 0522 28 40 46

LABORATOIRE HAMZAOUY
d'ANALYSES MEDICALES
64, Bd. My Driss 1er - Casablanca
Tél: 0522 28 40 46 Fax: 0522 28 40 46

مختبر حمزاوي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE HAMZAOUI D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Noureddine HAMZAOUI

Docteur d'Etat en Pharmacie Biologiste Diplômé des Universités de Paris - France

Spécialiste en Diagnostic et Thérapeutique des couples infertiles

Ancien interne et attaché des hôpitaux de Paris

DEA des sciences économiques et sociales de la santé

Edité le : 22-sept-20

Date de prélèvement: mardi 22/09/2020

38225

Référence:



3 220920 240660

Nom, Prénom: BELOUCH MOHAMED

W5619

Préscripteur, Dr: OMAR HAJJI

BIOCHIMIE CLINIQUE HOMME ADULTE

Profil	Analyses	Résultat	Valeurs de références
Marqueurs			
	PSA totale	7,06	< 4 ng/ml ELFA Vidas Biomérieux

Observations:

LABORATOIRE HAMZAOUI
d'ANALYSES MEDICALES
Dr. Noureddine HAMZAOUI
64, Bd. My Driss 1er - Casablanca
Tél: 0522 28 40 46

LABORATOIRE HAMZAOUI
d'ANALYSES MEDICALES
64, Bd. My Driss 1er - Casablanca
Tél: 0522 28 40 46