

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-538820

NID 50259

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	9558	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : JAFAR HAFID			
Date de naissance : 24/10/1969			
Adresse : VILLA C46 ZOTTOUR II, NAKHL SUD - MARRAKECH			
Tél. : 0661702760		Total des frais engagés : # 2775.84 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 27-11-2020			
Nom et prénom du malade : BEJBATOUI			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Goitre			
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 : CASABLANCA  
 Signature de l'adhérent(e) :   
 Le : 07/11/2020

## 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
27.11.2020	CS	2	1400	INP 071170989 Dr. Nabil Khattabi Médecin Spécialiste en Endocrinologie Diabetologie Maladies Métaboliques et Nutrition Abdelkrim Khattabi, Rés. Rokaya N° 3 Téléphone: 03 23 96 77 88 GSM: 03 33 50 1

## 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
	01.12.20	B13et	2375 dh

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 10x10 grid of circles. The circles are numbered in a spiral pattern starting from 1 at the top center (H) and moving clockwise. The grid is bounded by a horizontal line (D) on the left, a vertical line (B) on the bottom, and a diagonal line (G) on the right. The grid is 10 units wide and 10 units high, with the origin at the top-left corner (H).

### (Création, remont, adjonction)

DISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Date: 27/11/2020

BENBATOUL AMAL

Analyses à faire au mieux  
au laboratoire Anoual  
Casablanca.

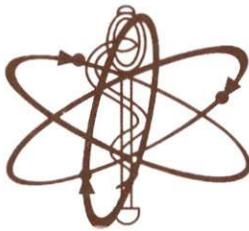
- ACTH
- CORTISOLÉMIE DE 8H
- CORTISOLEMIE 1 HEURE  
APRÈS STIMULATION PAR  
SYNACTHÈNE (0.25MG.IM)
- ANTICORPS ANTI-21  
HYDROXYLASE

Dr. HIND EL AASSRI  
Medecin Spécialiste en Endocrinologie  
Diabetologie et Maladies Métaboliques  
Nutrition  
-delkrim Khattabi Res. Rokaya N° 30 B  
Guéliz - Tel: 05 24 44 77 88 / GSM: 06 63 80 62 08



2020-12-20 (نهاية)

RDV: \_\_\_\_\_

**FACTURE N° 2012010019****Mme Amal BENBATOUL**

Demande N° 2012010019  
 Date de l'examen : 01-12-2020

Analyses ACCREDITATION

**Recapitulatif des analyses**

ANALYSE	Analyse	Val	Clefs
PSAD	Prélèvement sang adulte	E25	E
	ACTH	E500	E
	Test au Synacthène	E800	E
	AC ANTI-21 HYDROXYLASE	E1050	E

Total des B : 0

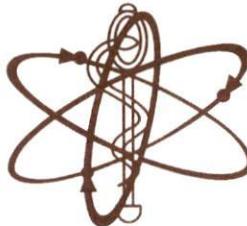


TOTAL DOSSIER : 2375 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :deux mille trois cent soixante-quinze dirhams DH







Mme Amal BENBATOUL

Né(e) le : 13-10-1976

Dossier N° : 2012010019

Date de l'examen : 01-12-2020

Prélevé le : 01-12-2020 06:47 en interne

Édité le : 05-12-2020



ACCREDITATION  
 N° 8-3245  
 Portée disponible sur  
[www.cofrac.fr](http://www.cofrac.fr)

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

DR : Dr Hind EL AASSRI

Adresse : 180, Résidence Rokaya Av. Abdelkarim El khatabi,  
 N°3 Guelliz Marrakech

Page 1 / 1

## HORMONOLOGIE

11-08-2015

72.1

### ACTH

(Dosage immunoenzymologique AIA 900 (Plasma  
 EDTA))

19.0 pg/ml (7.4-64.3)

## BILAN SURRENALIEN

574 nmol/l  
 208 µg/l (171-536)  
 (62-194)

823 nmol/l  
 298 µg/l

### Test au Synacthène® immédiat

#### Cortisol 8 h

((Chimiluminescence - COBAS 6000® Roche))

#### Cortisol 60 min

((Chimiluminescence - COBAS 6000® Roche))

Changement de technique et de valeurs normales à partir du 25-10-2017.

## ANALYSES TRANSMISES

AC ANTI-21 HYDROXYLASE : <sup>(1)</sup>

Voir compte rendu ci-joint

(1) Labo. exécutant : CERBA - ()

