

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.

MUPRAS : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8902

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El Khatmou R MOHAMMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0661296244

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR HASSAN SAID
Médécin Généraliste
Echographie Générale
Télé : 05 22 20 45 45
N° : 05 37 63 97 76
Mutuelle : MUPRAS

Date de consultation : 22/11/2018

Nom et prénom du malade : El Khatmou R MOHAMMED Age : 51

Lien de parenté :

Soi-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Colopathie / maladie de crohn

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : Maladie de crohn

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 : El Khatmou R

Signature de l'adhérent(e) : El Khatmou R

ACCUEIL
BUREAU
26 JAN. 2018
MUPRAS

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
20/08/2010	ANESTHÉSIE	A	15000	 Dr. HABIBI SAIID Médecin Généraliste Etablissement des Actes de Médecine 5, Rue Rihani, 05300 Tizi Ouzou

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
103 063 103 LABORATOIRE HAJJI D'ANALYSES MEDICALES El Haouz el Rue Rhamna Bab Ezzoum - Rabat Tunisie - 1022	05/01/2023	B- 90	100 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

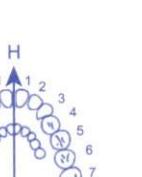
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

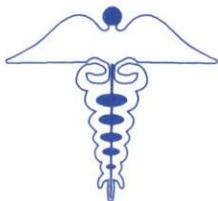
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H	G														
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
(Création, remont, adjonction) 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

Dr. Saïd HAJJI
Médecine Générale



Diplômé de la Faculté
de Médecine de SFAX (Tunisie)
Echographie Générale

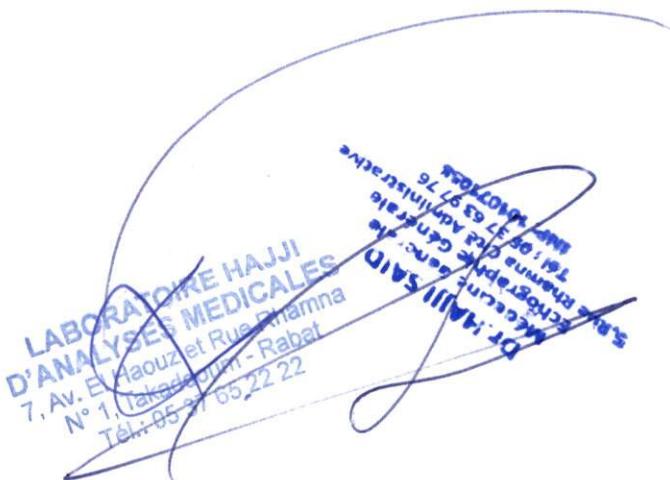
الدكتور السعيد حاجي
الطب العام

خريج كلية الطب
صفاقس - تونس
الفحص بالصدى

Rabat, le 27/8/2002

9² - El Kettanah, Rabat

NES complet





Édité à Rabat le : 05/01/2023
 Date du prélèvement : 05/01/2023
 Heure du prélèvement : 8:38
 Prescripteur : Dr HAJJI Said



Mr EL KATMOUR Mohammed
 Né(e) le : 25/04/1967
 Dossier N° : 050123-004
 Code patient : 20-02625

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Technique : Fluorescence en Cytométrie de Flux sur DXH-520)

Hématies	:	4,52 M/mm ³	(4 - 5,7)	4.87 (23/12/22)
Hémoglobine	:	14,55 g/dl	(12,55 - 16,99)	15,11 (23/12/22)
Hématocrite	:	42,30 %	(40 - 50)	45,10 (23/12/22)
VGM	:	93,58 fL	(80 - 95)	92,61 (23/12/22)
TCMH	:	32,19 pg	(27 - 33)	31,03 (23/12/22)
CCMH	:	34,40 g/dl	(30 - 35)	33,50 (23/12/22)
Leucocytes	:	13300 /mm³	(4000 - 10000)	12800 (23/12/22)
FORMULE LEUCOCYTAIRE	:			
POLYNUCLÉAIRES NEUTROPHILES	:	52,82 % Soit	7025/mm ³ (2000 - 7500)	6504,96 (23/12/22)
POLYNUCLÉAIRES EOSINOPHILES	:	2,44 % Soit	324/mm ³ (Inférieur à 400)	303,36 (23/12/22)
POLYNUCLÉAIRES BASOPHILES	:	0,18 % Soit	23/mm ³ (Inférieur à 150)	40,96 (23/12/22)
LYMPHOCYTES	:	36,5 % Soit	4854/mm³ (1500 - 4000)	4992,00 (23/12/22)
MONOCYTES	:	8,06 % Soit	1071/mm³ (40 - 800)	958,72 (23/12/22)
Plaquettes	:	273 Mille/mm ³	(150 - 450)	328 (23/12/22)
Etude du frottis sanguin	:			Formule leucocytaire contrôlée sur frottis sanguin.

Etude du frottis sanguin

Dr. Ikhlass HAJJI
 Pharmacien Biologiste
 7, Av. El Haouz et Rue Rhamna
 N°1, Tadoudoute - Rabat
 Tél. 05 37 65 22 22

Ouvert 7J/7 - Prélevement à domicile sur RDV



Horaires de travail : Lundi-Vendredi 7h30 - 18h30 / Samedi - Dimanche 8h - 15h

Avenue El Haouz et rue Rhamna, immeuble N°7 Bur. N°1, Aviation, Souissi - Rabat

06 63 031 039 05 37 65 22 22 contact@labohajji.com





Facture

N° facture 2023-0069

Rabat, le 05/01/2023

Date de prélèvement 05/01/2023

Mr EL KATMOUR Mohammed

Code Acte	Designation Acte	Cotation
NFS	NUMERATION FORMULE SANGUINE (NFS)	80
FROTTIS	Etude du frottis sanguin	10

Total B	90
Total en dirhams	100,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent dirhams***

ICE : 002221659000007 - IF : 33630729

LABORATOIRE HAJJI
D'ANALYSES MÉDICALES
7, AV. EL HAOUZ ET RUE RHAMNA
N° 1, TAKADDOUM - RABAT
Tél.: 05 37 65 22 22

 Horaires de travail : Lundi-Vendredi 7h30 - 18h30 / Samedi - Dimanche 8h - 15h **Ouvert 7j/7** Prélèvement à domicile sur **RDV**

Avenue El Haouz et rue Rhamna, immeuble N°7 Bur. N°1, Aviation, Souissi - Rabat

 06 63 031 039  05 37 65 22 22  contact@labohajji.com

