

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8902 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : El KATMOUZI Med

Date de naissance : 10/05/05

Adresse : .....

Tél. : 0661 2962444 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 15/11/2023

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HÉART TIES

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : 15/11/2023 Le : 15/11/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **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 |
|--|-----------------|------------------------------|------------------------|
| <i>LACUNA<br/>D'ANALYSE<br/>7, AV. EINSTEIN<br/>N° 11<br/>1030 BRUXELLES<br/>TÉL. 05 76 22 22</i><br><br><i>103063103</i> | <i>15/12/23</i> | $\beta = 1.30$               | <i>160,00 DT</i>       |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

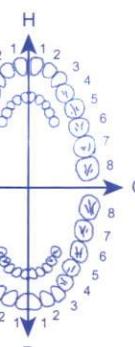
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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 |  |
|--|---|---------------------------|-------------|--|
|   |   |                           |             | 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   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                           |             |  |
|  | H<br>25533412<br>00000000                 | G<br>21433552<br>00000000 |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | D<br>00000000<br>35533411                 | B<br>00000000<br>11433553 |             | 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

**ANALYSES MEDICALES - BIOLOGIE SPÉCIALISÉE**  
**التحاليل الطبية - البيولوجيا المتخصصة**

**Facture**

N° facture 2023-4138

Rabat, le 16/12/2023

Date de prélèvement 15/12/2023

Mr EL KATMOUR Mohammed

| Code Acte | Designation Acte                           | Cotation |
|-----------|--|----------|
| ACR       | RAPPORT MICROALBUMINURIE SUR CREATININURIE | 100      |
| HLM       | COMPTE D'ADDIS ( HLM )                     | 30       |

|                  |        |
|------------------|--------|
| Total B          | 130    |
| Total en dirhams | 180,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent quatre-vingt dirhams\*\*\*

ICE : 002221659000007 - IF : 33630729

LABORATOIRE  
ANALYSES MÉDICALE  
AV. FETHI BEN YOUSSEF  
N°100  
B.P. 10000 - Rabat  
T. +212 33 65 22 22





**ANALYSES MEDICALES - BIOLOGIE SPÉCIALISÉE**  
**التحاليلات الطبية - البيولوجيا المتخصصة**

Edité à Rabat le : 13/01/2024  
Date du prélèvement : 15/12/2023  
Heure du prélèvement : 11:42  
Prescripteur : Dr Meryem ZERRIK

Mr EL KATMOUR Mohammed  
Né(e) le : 25/04/1967  
Dossier N° : 151223-028  
Code patient : 20-02625



**BIOCHIMIE URINAIRE**

**RAPPORT MICROALBUMINURIE SUR CREATININURIE**

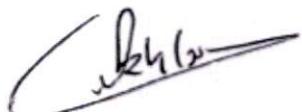
|  |   |                            |                    |
|--|---|----------------------------|--------------------|
| Microalbuminurie                           | : | 5,88 mg/l                  | ( Inférieur à 30 ) |
| Créatininurie                              | : | 2,788 mmol/l               |                    |
| Rapport Microalbuminurie / Créatininurie : |   | 2,11 mg/mmol<br>21,10 mg/g |                    |

Interprétation (Normales du rapport sur échantillon):

- < 3mg/mmol (< 30 mg/g): Taux normal  
3 à 30 mg/mmol (30 à 300 mg/g) : Taux douteux à reconstrôler  
> 30 mg/mmol (> 300 mg/g): Taux pathologique à suivre

**COMPTE D'ADDIS ( HLM )**

|                     |   |               |                      |
|---------------------|---|---------------|----------------------|
| DIURÈSE (3 HEURES)  | : | 600,00 ml     |                      |
| DÉBIT               | : | 3,33 ml/min   | ( 0,2 - 3 )          |
| LEUCOCYTES ( L/MN ) | : | 4 662 L/min   | ( Inférieur à 5000 ) |
| HÉMATIES ( H/MN )   | : | 120 879 H/min | ( Inférieur à 5000 ) |
| CYLINDRES           | : | Absence       |                      |
| AUTRES              | : | Absence       |                      |

 Page : 1/1

Royaume du Maroc  
Forces Armées Royales  
Hopital Militaire  
D'instruction Mohamed V



المملكة المغربية  
القوات المسلحة الملكية  
المستشفى العسكري الدراسي  
محمد الخامس

Médecin Commandant MERYEM ZERRIK  
Professeur Assistant  
en Médecine Aéronautique  
CEMPN - HMIIMV - RABAT  
INPE : 101224269

12 Dece 2023

KAT MOUL

faux wt

- ACR

- Compte d'Addis x

Hôpital Militaire d'Instruction  
AV. El Haoua - Casablanca  
N° 1 Takadcoum - Rabat  
Tél. : 05 37 65 22 22

Médecin Commandant MERYEM ZERRIK  
Professeur Assistant  
en Médecine Aéronautique  
CEMPN - HMIIMV - RABAT  
INPE : 101224269

LABORATOIRE  
D'ANALYSES  
N° 1 Takadcoum - Casablanca  
Tél. : 05 37 65 22 22