

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



Déclaration de Maladie

N° W19-599398

60658

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1043

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZINE FILALI KAWTAR

Date de naissance :

01/06/57

Adresse :

11 Rue Ibn Hayyan 1^e Etage Apt 3
TANGER

Tél. :

0539944385

Total des frais engagés :

130,-

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

18/01/21

22 FEV 2021

Nom et prénom du malade :

ZINE FILALI KAWTAR

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Leucemie lymphosarcoïde chronique

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 :

Le : 18/01/21

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-599398

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
18/01/2021	C3			<i>Dr. KANTAR</i> INPEZ 1245587 Dr. KANTAR Zyanya Aviation Rabat Médical Clinique

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>DR. EL KOSTALI MOHAMED LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES EL KOSTALI MÉDECIN BIOLOGISTE TEL. 05 37 53 57 32</i>	18/01/2021	Analyse	130,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 G 11433553	Coefficient des travaux <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		Montants des soins <input type="text"/>	
			Date du devis <input type="text"/>	
			Date de l'exécution <input type="text"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



Docteur

Dr. ZINE FILALI KAWTAR
Médecin Spécialiste
En Hématologie Clinique
21 Rue Ziyadat Aviation, Rabat
INPE:101245587

Rabat, le

M. Lahouai Mohamed

✓ NFS

le 18 / 01 / 2021



Dr. ZINE FILALI KAWTAR
Médecin Spécialiste
En Hématologie Clinique
21 Rue Ziyadat Aviation, Rabat
INPE:101245587



Rabat, le 06/01/2011

Docteur

certificat Radical

Dr. ZINE FILALI KAWTAR
Médecin Spécialiste
En Hématologie Clinique
21 Rue Ziyayda, Aviation, Rabat
INPE:101245587

Je soussigné certifie
que M. Lahouai Mohamed est suivie
pour leucémie lymphoïde chronique.
Le patient nécessite de continuer
son traitement selon le protocole
Ridouximab - Bendamustine.
Ce certificat est délivré à
l'intensité nommée et valoir
à que de droit.

Dr. ZINE FILALI KAWTAR
Médecin Spécialiste
En Hématologie Clinique
21 Rue Ziyayda, Aviation, Rabat
INPE:101245587



مختبر التحاليل الطبية القسطالي

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES EL KOSTALI

Dr. EL KOSTALI Mohamed
Médecin Biologiste

الدكتور القسطالي محمد
طبيب إحيائي

Prélèvement du : 18/01/2021

Edition du : 18/01/2021

Référence : 10118670



Code Patient 0022067

Du 18/01/2021

Mr. LAHOUI MOHAMMED

Médecin: Dr. ZINE FILALI KAWTAR

EXAMENS DE SANG HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
----------	-----------	--------	-------------

NUMERATION GLOBULAIRE

			Homme
Hématies (GR).....	3.56	M/mm3	(4,5 à 6,0)
Hemoglobine.....	9.9	g/dl	(12 à 17)
Hematocrite	30.3	%	(39 à 53)
V.G.M	85.1	fL	(76 à 96)
T.C.M.H.....	27.8	pg	(26 à 34)
C.C.M.H.....	32.7	g/dl	(31 à 36)
Leucocytes (GB).....	5800	/mm3	(4.000 à 10.000)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles:	65.1	%	(2000 à 7500)
Soit:	3776	/mm3	
Polynucléaires Eosinophiles:	03.0	%	(< à 400)
Soit:	174	/mm3	
Polynucléaires Basophiles..:	00	%	(< à 100)
Soit:	0	/mm3	
Lymphocytes.....	22.2	%	(1500 à 4000)
Soit:	1288	/mm3	
Monocytes	09.7	%	(200 à 800)
Soit:	563	/mm3	
AU TOTAL.....:	100	%	

Plaquettes: **198000** /mm3 (150000 à 450000)

Frottis sanguin: . **Anémie normocytaire normochrome**

Tous nos résultats sont contrôlés et validés par le biologiste

مختبر التحاليل الطبية القسطالي
LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES EL KOSTALI
Dr. EL KOSTALI MOHAMED
MÉDECIN BIOLOGISTE
Tél: 05 37 53 33 33

LABORATOIRE EL KOSTALI D'ANALYSES MEDICALES

SALLE

Pat.: 6350 0954

TVA:

IF: 40243283

INPE: 167160894

ICE: 002326267000037

Facture

DR. EL KOSTALI Le : 18/01/2021

Analyses effectuées le: 18/01/2021

Pour.....: Mr. LAHOUI MOHAMMED

Sur prescription du : Dr ZINE FILALI KAWTAR

Code.....: 0022067



Organisme.....:

Bilan:

NFS1=B80

Total : B 80

Montant Net : 130.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CENT TRENTÉ Dhs 00 Cts

مختبر التحاليل الطبية القسطنطيني
LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES EL KOSTALI
DR. EL KOSTALI MOHAMED
MÉDECIN BIOLOGISTE
Tél.: 05 37 53 57 33