

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 canaux, 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 canaux.

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° W19-599374

69413

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1043 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHOUCHE Mohamed

Date de naissance : 01/06/57

Adresse : Rue Ben Hayton 13 Etage Apt 3

Tél. : 0399 443 85

Total des frais engagés : 100

Cadre réservé au Médecin DR. ZINE FILALI KAWTAR

Cachet du médecin :

Médecin Spécialiste
En Hématologie Clinique
Hôpital Cheikh Zaid - RABAT
INPE 101245587

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : LLC

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclaire avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Rabat Le : 05/04/21

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>مختبر التحليلات الطبية القسط</p> <p>LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES EL KOSTALI</p> <p>DR. EL KOSTALI MOHAMED</p> <p>MÉDECIN BIOLOGISTE</p> <p>Tél.: 05 37 53 57 33</p>	05/01/2021	B 80	200,00 D.t

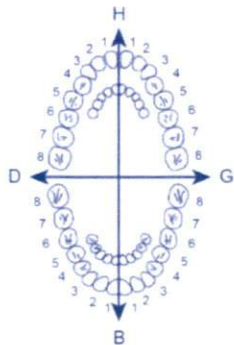
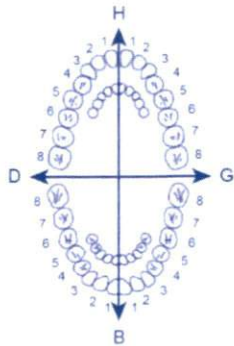
[illegible]

RELEVÉ 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 canaux, 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"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	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 PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le : 29/03/2021

Docteur :

Dr. Lahouari Mohamed

1) NFS



le 05/04/2021

DR. ZINE FILALI KAWTAR
Médecin Spécialiste
En Hematologie Clinique
Hôpital Cheikh Zaïd - RABAT
INPE 101245587



مختبر التحليلات الطبية القسطلالي

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES EL KOSTALI

Dr. EL KOSTALI Mohamed
Médecin Biologiste

الدكتور القسطلالي محمد
طبيب إحيائي

Prélèvement du : 05/04/2021
Edition du : 05/04/2021
Référence : 1040541



Code Patient 0022067 Du 05/04/2021
Mr. LAHOU MOHAMMED
Médecin: Dr. ZINE FILALI KAWTAR

EXAMENS DE SANG HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
NUMERATION GLOBULAIRE			
Hématies (GR).....:	4.28	M/mm3	Homme
Hemoglobine.....:	10.4	g/dl	(4,5 à 6,0)
Hematocrite.....:	32.0	%	(12 à 17)
V.G.M.....:	74.8	fL	(39 à 53)
T.C.M.H.....:	24.3	pg	(76 à 96)
C.C.M.H.....:	32.5	g/dl	(26 à 34)
Leucocytes (GB).....:	2600	/mm3	(31 à 36)
			(4.000 à 10.000)
FORMULE LEUCOCYTAIRE			
Polynucléaires Neutrophiles:	51.4	%	(2000 à 7500)
Soit:	1336	/mm3	
Polynucléaires Eosinophiles:	03.0	%	(< à 400)
Soit:	78	/mm3	
Polynucléaires Basophiles...:	00	%	(< à 100)
Soit:	0	/mm3	
Lymphocytes.....:	16.6	%	(1500 à 4000)
Soit:	432	/mm3	
Monocytes.....:	29.0	%	(200 à 800)
Soit:	754	/mm3	
AU TOTAL.....:	100	%	
Plaquettes.....:	150000	/mm3	(150000 à 450000)
Frottis sanguin: .	Anémie microcytaire normochrome		

مختبر التحليلات الطبية القسطلالي
LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES EL KOSTALI
DR. EL KOSTALI MOHAMED
MÉDECIN BIOLOGISTE

Tous nos résultats sont contrôlés et validés par le biologiste

LABORATOIRE EL KOSTALI D'ANALYSES MEDICALES

SALLE

Pat.: 63500954

TVA:

INPE : 167160894

IF : 40249283

ICE : 002326267000037

Facture

DR. EL KOSTALI Le : 05/04/2021

Analyses effectuées le : 05/04/2021

Pour..... : **Mr. LAHOUI MOHAMMED**

Sur prescription du : Dr ZINE FILALI KAWTAR

Code..... : 0022067



Organisme..... :

Bilan:

NFS1=B80

Total : B 80

Montant Net : 100.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CENTS Dhs 00 Cts

مختبر التحليلات الطبية القسطالي
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES EL KOSTALI
DR. EL KOSTALI MOHAMED
MEDECIN BIOLOGISTE
Tél.: 05 37 53 57 33