

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1043	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		24HOVİ MOHAMMED	
Date de naissance :		01/06/51	
Adresse :		11 Rue 18N Haytam 1 ^{er} étage, Apt 3 T 02462 0528 34 43 85	
Tél. :	Total des frais engagés : 300,-		

Cadre réservé au Médecin		
DR	ZINE FILALI KAWTAR Médecin Spécialiste En Hématologie Clinique Hôpital Cheikh Zaid - RABAT INPE 101245587	
Cachet du médecin :		
Date de consultation :	/	
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
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 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 : Rabat
Signature de l'adhérent(e) : 03 MAI 2021
Le : 19/04/2021



BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
19/04/11	1	6		INP 14/04/2011 ZINE FILALI RA Médecin Spécialisé Transfertologie Clinique Thér. Zaid RABAT 101245587

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>الطبية القدسية</p> <p>LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES</p> <p>DR EL KOSTALI MOHAMED</p> <p>MÉDECIN BIOLOGISTE</p> <p>Tél.: 05 37 53 57 33</p> <p>M</p>	٢٠٢٢/١/٢٠٢١	B 200	300.400.00 D.H.

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le :

Docteur :

Dr. Zabou: Mohamed

1) NFS
2) Ag HBs

le 19/06/2021



DR. ZINE EULALI KAWTAR
Médecin Spécialiste
en Hématologie Clinique
Hôpital Cheikh Zaid RABAT
INPT 101245581

LABORATOIRE EL KOSTALI D'ANALYSES MEDICALES

SALLE

Pat.: 63500954

TVA:

INPE: 167160894

IF: 40249283

ICE: 002326267000037

Facture

DR. EL KOSTALI Le : 19/04/2021

Analyses effectuées le: 19/04/2021

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

Sur prescription du : Dr ZINE FILALI KAWTAR

Code.....: 0022067



Organisme.....:

Bilan:

NFS1=B80 HBS=B120

Total : B 200

Montant Net : 300.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

TROIS CENTS Dhs 00 Cts

مختبر التحاليل الطبية القسطلاني
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES EL KOSTALI
DR. EL KOSTALI MOHAMED
MÉDECIN BIOLOGISTE
Tél: 05 27 53 57 33



مختبر التحاليل الطبية القسطالي

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES EL KOSTALI

Dr. EL KOSTALI Mohamed
Médecin Biologiste

الدكتور القسطالي محمد
طبيب إحيائي

Prélèvement du : 19/04/2021

Edition du : 19/04/2021

Référence : 10419134



Code Patient 0022067 Du 19/04/2021

Mr. LAHOUI MOHAMMED

Médecin: Dr. ZINE FILALI KAWTAR

EXAMENS DE SANG HEMATOLOGIE

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

NUMERATION GLOBULAIRE

Hématies (GR)	4.53	M/mm3	Homme (4,5 à 6,0)
Hemoglobine.....	10.8	g/dl	(12 à 17)
Hematocrite	34.1	%	(39 à 53)
V.G.M	75.3	fL	(76 à 96)
T.C.M.H.....	23.8	pg	(26 à 34)
C.C.M.H.....	31.7	g/dl	(31 à 36)
Leucocytes (GB)	3700	/mm3	(4.000 à 10.000)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles:	49.1	%	(2000 à 7500)
Soit:	1817	/mm3	
Polynucléaires Eosinophiles:	03.0	%	(< à 400)
Soit:	111	/mm3	
Polynucléaires Basophiles...:	00	%	(< à 100)
Soit:	0	/mm3	
Lymphocytes.....	23.3	%	(1500 à 4000)
Soit:	862	/mm3	
Monocytes	24.6	%	(200 à 800)
Soit:	910	/mm3	
AU TOTAL.....	100	%	
Plaquettes	151000	/mm3	(150000 à 450000)

Frottis sanguin: .

Anémie microcytaire normochrome
Leucopénie avec neutropénie et
lymphopénie

Tous nos résultats sont contrôlés et validés par le biologiste

مختبر التحاليل الطبية القسطالي
LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES EL KOSTALI
Dr. EL KOSTALI MOHAMMED
MÉDECIN BIOLOGISTE
TÉL: 05 37 53 57 33



مختبر التحاليل الطبية القسطالي

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES EL KOSTALI

Dr. EL KOSTALI Mohamed
Médecin Biologiste

الدكتور القسطالي محمد
طبيب إحيائي

Prélèvement du : 19/04/2021
Edition du : 19/04/2021
Référence : 10419134



Code Patient 0022067 Du 19/04/2021
Mr. LAHOUI MOHAMMED
Médecin: Dr. ZINE FILALI KAWTAR

EXAMENS DE SANG SEROLOGIE

Analyses

Résultats

Antécédents

SEROLOGIE DE L'HEPATITE VIRALE B
(Immuno-chromatographie)

Antigène HBs : Négatif

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

Tous nos résultats sont controlés et validés par le biologiste