

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

- 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 - 8ème 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 *couleur*

N° W19-513075

couleur
P. 35/42

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0806 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ESSAKITI HALIMA

Date de naissance : 05-08-1947

Adresse : 152 AVE HOUMAN AL FATHAWI
RABAT

Tél. : 0537636713 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

X

Dr. Majida BELQADI OUEZZANI
Médecine Générale
Bloc 8, N° 23 Youssoufia Gharbia
Tél. : 05 37 65 59 97- Rabat

Date de consultation : 07/04/2021

Nom et prénom du malade :

ESSAKITI HALIMA

Age : 1947

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Véliques

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) :

Le : 21/04/2021

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-513075

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
07/24/2021	C		150DH	INP : 1018000000000000000 Dr. Majida BELAABDOUN Médecine Générale N° 21 Youssoufa Ghribi 37 65 59 97 - Rabat

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
ABAT - CNSS: 61800000 175-93-0102-Fax: 05-000998- avenue Houman El Fethi Bab Ezzouar	08/04/21	B8 : B32 : B13 B12 : B13 + 2 -f.v	500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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											
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="text-align: center;">H</td><td style="text-align: center;">G</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">25533412 00000000</td><td style="text-align: center;">21433552 00000000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">□</td><td style="text-align: center;">00000000 36533411</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	□	00000000 36533411	B	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G											
25533412 00000000	21433552 00000000											
□	00000000 36533411											
B	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

Dr. Majida BELQADI OUEZZANI

Médecine Générale

Echographie

Diététique médicale - obésité

Université de Montpellier

Bloc 8, N° 23 Youssoufia Gharbia

Tél. : 05 37 65 59 97

I.N.P. : 101019453

الدكتورة مجيدة بلقاضي الوزاني

الطب العام

إيكوغرافي

طب التغذية والسمنة

مجموعة 8 رقم 23 البيوفسية الغربية

الهاتف : 05 37 65 59 97

Rabat, le 07.04.21 الرباط، في

ESSAKHI Halima

NFS

vs. CRP

Phosphatases alcal

TP

TCA

Laboratoire NAKHL
115 Avenue Houman El Fettouaki - RABAT
tel.: 05 37 75 03 01/02 - Fax: 05 37 63 13 24
I.F.P. : 1030000998 - I.F. : 34600888
E.C. : 62768/RABAT - CNSS : 6184907

Dr. Majida BELQADI OUEZZANI
Médecine Générale
BLOC 8, N° 23 YOUSSEFIA Gharbia
Tél. : 05 37 65 59 97, Rabat

2356

LABORATOIRE NAKHIL

REF : 2356

Docteur :

Rabat, le : 28/04/21



115, AV. Houmane El Fetouaki
Aviation - Rabat
Tél : 05 37 75 03 02
Fax : 05 37 63 13 24

Docteur :

M ESSAKHI HABIB

Analyses	B	Montant
NFS		
V.S		
cRP		
GAL		
TP TCK		
(PAYE une cent DHS)		500,00
Laboratoire NAKHIL 115, Avenue Houmane El Fetouaki, RABAT Tél: 05 37 75 03 02 - Fax: 05 37 63 13 24 INP: 103000998 - IF: 34600858 RC: 62768/RABAT - CNSS: 6184907		

R.C.N° 62 768 - Patente : 25 90 25 32 - Compte Bancaire B.M.C.E. 810 032100060 478 50 - Rabat

ICE : 001698460000076

AMIR EL AMRANI

Biologiste

Diplômé de l'Université
de Louvain - Belgique

RABAT Le 8 Avril 2021

Mme: ESSAKHI HALIMA

Analyses prescrites par :
Dr. BELQADI OUEZZANI MAJ.

Référence : SS7356

■ ■ EXAMEN DE SANG ■ ■

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

■ ■ HEMATOLOGIE ■ ■

Globules rouges.....	4.26	M/mm ³	4.0 à 5.3
Hemoglobine.....	11.7	g/dl	13 à 16
Hematocrite	42.1	%	37 à 54
V.G.M	98.83	µ3	80 à 100
T.C.M.H.....	27.46	pg	27 à 32
C.C.M.H.....	27.79	g/100ml	30 à 36
LEUCOCYTES.....	9400	/mm ³	4000 à 10000
Polynucléaires Neutrophiles....	68%	Soit...: 6392 /mm ³	2000 à 7500
Polynucléaires Eosinophiles....	02%	Soit...: 188 /mm ³	< à 500
Polynucléaires Basophiles.....	00%	Soit...: 00 /mm ³	< à 100
Lymphocytes.....	23%	Soit...: 2162 /mm ³	1500 à 4000
Monocytes	07%	Soit...: 658 /mm ³	< à 1000
Autres.....	00	soit...: 00 /mm ³	
PLAQUETTES.....	212000	/mm ³	150000 à 400000

Vitesse de Sédimentation

1ère Heure	: 10	mm	5 à 20
2ème heure.....	: 20	mm	< à 30

■ ■ IMMUNOLOGIE ■ ■

Protéine C Réactive.....	< 6	mg/1	(< à 6)
--------------------------	-----	------	-----------

— Laboratoire NAKHIL
115, Avenue Houman El Fettouaki - RABAT
Tél.: 05 37 75 03 01 / Fax: 05 37 63 13 24
INP: 103000998 - IF: 34600858
RC: 62768/RABAT - CNSS: 6184907

AMIR EL AMRANI

Biologiste

Diplômé de l'Université
de Louvain - Belgique

RABAT Le 8 Avril 2021
Analyses préscrites par :
Dr. BELOADI QUEZZANI MAJ.

Mme: ESSAKHI HALIMA

Référence : SS7356

EXAMEN DE SANG ■ ■

Analyses **Résultats** **Normes**

B I O C H I M I E ■

Phosphatases Alcalines (30°C) .. : 189 UI/l

(< à 230)

■ ■ ■ HEMOSTASE ■ ■ ■

Taux de prothrombine..... 71.4 %

(70 à 100)

Temps de Céphaline + Activateur

Témoin.....	: 30.0	sec
Patient.....	: 30.0	sec
Rapport Patient/Témoin.....	: 1.00	

(< à 1.2)

Laboratoire NAKHIL

115, Avenue Houmane El Fettouaki - RABAT
Tél.: 05 37 75 03 01/02 - Fax: 05 37 63 13 24
INP: 103000998 - IF: 34600858
RC: 62768/RABAT - CNSS: 6184907