

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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal 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° W21-634064

83683

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1640	Société :	RAM RETRAITÉ ABDELK RIM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	EL HASSOUABI
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06 64 26 31 00 Total des frais engagés : 294,00 Dhs			

Dr. Nistine ABOUBAKR
Médecin Lt-Colonel
Service d'Accueil et de Générances
Hôpital Militaire Moulay Ismaïl - Meknès
INFE : 021075791

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	27/08/2021
Nom et prénom du malade :	EL HA SSOUABI Abdellah
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	COVID-19
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

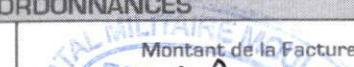
Le : 27/08/2021



VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-634064
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 : 1640
 Nom de l'adhérent(e) : EL HASSOUABI
 Total des frais engagés : 294,00 Dhs
 Date de dépôt : 07-09-2021

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
*				INP : <input type="text"/> Dr. Nisrine ABOU ABBAD Médecin à Colibri Service d'Accueil des Urgences Hôpital Militaire Moulay Ismaïl - Meknes INPE 021757591

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
27/8/21	Cr	

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
27/8/11	27/8/11	radiation	1100

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"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	35533411														
G	35533411	11433553														
		Coefficient des travaux <input type="text"/>														
		Montants des soins <input type="text"/>														
		Date du devis <input type="text"/>														
		Date de l'exécution <input type="text"/>														

ROYAUME DU MAROC
FORCES ARMEES ROYALES
HOPITAL MILITAIRE MOULAY ISMAIL

QUITTANCE N° 257185

Reçu de M

La somme de :

AbdelKrim t L HASSOUAB
Deux cent deux mille DH

100	219,00
	219,00

Meknès le

27/8/21

Le régisseur de recettes



Service :

ROYAUME DU MAROC
FORCES ARMEES ROYALES
HOPITAL MILITAIRE
MOULAY ISMAIL
MEKNES

Prénom : Grade : Mle :

Nom : Corps : Degré de parenté :

EXAMEN DEMANDE	REPENSE DU SPECIALISTE
<p>CRL</p> <p>A Meknès, le : 20.08.2001</p> <p>Le médecin</p> <p>Dr. M'srine ABOUBAKR</p> <p>Service d'accueil des urgences</p> <p>Hôpital Militaire Moulay Ismail - Meknès</p> <p>Télé : 05 35 51 73 95/97</p>	<p>A Meknès, le :/...../20.....</p> <p>Le médecin Spécialiste</p>

Service :

ROYAUME DU MAROC
FORCES ARMEES ROYALES
HOPITAL MILITAIRE
MOULAY ISMAIL
MEKNES

Prénom : AB DEL Krim Grade : Mle :
Nom : EL HASSOUABI Corps : Degré de parenté :

EXAMEN DEMANDE	REPENSE DU SPECIALISTE
<p>NFS</p> <p>A Meknès, le : 26/08/2021 Le médecin</p> <p>Dr. Nasser ABOUBAKR Médecin Lt-Colonel Service d'Accueil des Urgences Hôpital Militaire Moulay Ismaïl - Meknès INPE : 021025791</p>	<p>A Meknès, le :/...../20..... Le médecin Spécialiste</p>



Service d'Hématologie

26/08/2021 12:48:45

N°. échant: 30

Serv: URGENCES

ID patient: 26082130

Nom: EL HASOUABI ABDELKRIM

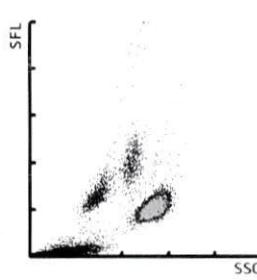
Âge: Sexe: Masc.

Médec. :

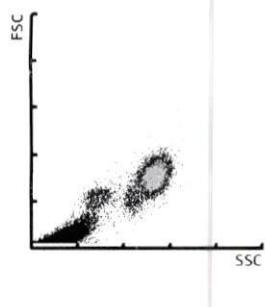
WBC	12.40	[$10^3/\mu\text{L}$]
RBC	4.79	[$10^6/\mu\text{L}$]
HGB	14.6	[g/dL]
HCT	41.7	[%]
MCV	87.1	[fL]
MCH	30.5	[pg]
MCHC	35.0	[g/dL]
PLT	298	[$10^3/\mu\text{L}$]
RDW-SD	41.1	[fL]
RDW-CV	12.6	[%]
PDW	15.5	[fL]
MPV	12.0	[fL]
P-LCR	40.6	[%]
PCT	0.36 +	[%]

Negative

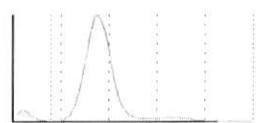
WDF



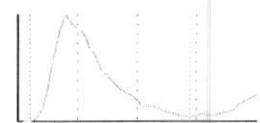
WDF - CBC



RBC



PLT



NEUT	10.54 +	[$10^3/\mu\text{L}$]	85.0 + [%]
LYMPH	1.08	[$10^3/\mu\text{L}$]	8.7 - [%]
MONO	0.76 +	[$10^3/\mu\text{L}$]	6.1 [%]
EO	0.00	[$10^3/\mu\text{L}$]	0.0 [%]
BASO	0.02	[$10^3/\mu\text{L}$]	0.2 [%]
IG	0.05	[$10^3/\mu\text{L}$]	0.4 [%]

WBC Message IP

RBC Message IP

PLT Message IP

Pharmacien Colonel
Mohammed ER-RAMI
 Spécialiste en Biologie Médicale
 Professeur en Parasitologie
 Chef du Service de Parasitologie
 H.M.M.I - Meknès

Validé

Nom : ELHOUSOUABI, ABDELKRIM

Sexe : Inconnu

ID patient : 2781/21

Né(e) le :

ID échantillon : 260821G08

Date/heure prélèvement :

Service :

Médecin : inc

Dosage	Résultat	Unités	Annotations	Limites	Terminé le (date)	Terminé à (heure)
c-CRP32	105.41	mg/L	HIGH	0.00 - 5.00	26.08.2021	12:38

Fin du rapport échantillon