

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 mises à l'égard du traitement à caractère personnel.

N° W19-486075

Novembre
 Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule :	831	Société :	Agence Rabat-M.R.M.
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL HADDAD
Nom & Prénom :		EL HADDAD Mehal	
Date de naissance :		1935	
Adresse :		EL HADDAD 25 Janvier N° 9 Tabiquet Sidi	
Télé. :	0666440493	Total des frais engagés :	727 DH
Dhs			

Cadre réservé au Médecin	Dr Karim LAHBABI
Chirurgien Urologue	
6, Avenue Prince	
Moulay Abdellah - Rabat	
Tél : 05 37 73 80 65	
Gsm : 06 61 15 81 02	
Date de consultation :	31/01/2002
Nom et prénom du malade :	EL HADDAD Moha
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	ADK marche la semelle ciehy
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 : _____ / _____ / _____
Signature de l'adhérent(e) : 

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
22/01/2018	S		300 HT	INP : 11111088549 INF : 11111088549 Karim KAHBABI

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 l'ODF.																			
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
CŒFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES																			
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table 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 colspan="2" style="text-align: center;">-</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-			B	00000000	00000000	35533411		11433553
	H	25533412	21433552																
	D	00000000	00000000																
	-																		
	B	00000000	00000000																
	35533411		11433553																
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		
	PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

Dr. Karim LAHBABI

Spécialiste en Chirurgie Urologique

Lauréat de la Faculté de Médecine de Grenoble (France)
 Diplômé en Endo-Urologie et Lithotritie extracorporelle de la Faculté de Paris
 Ancien Attaché au CHU de Grenoble
 Membre de l'Association Française d'Urologie



الدكتور كريم الحبabi

احصادي في أمراض وجراحة الكلى
 والمسالك البولية والتناسلية

جراح كلية الطب بباريس (فرنسا)
 حاصل على دبلوم الفحص الداخلي والجراحة
 عبر المنظار وتفتيت الحصى من كلية باريس
 محقق سابقا بالمستشفى الجامعي بباريس
 عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية

Rabat, le 31/01/02 الرباط، في

H- Fc HADDAD
 Mohamed

PSA Sagar 166 des
 6 mois

Laboratoire Al Khawarizmi
 D'Analyses Médicales
 Dr. Soumaya Nejjar
 21, Av Lalla Asma Résidence Doukkali
 Imlil Juet - Salé - Tél : 05.37.85.57.17

Dr Karim LAHBABI
 Chirurgien Urologue
 6, Avenue Prince
 Moulay Abdellah - Rabat
 Tél : 05 37 73 80 65
 GSM : 06 61 15 81 03
 INP : 10 10 88 540

LABORATOIRE AL KHAWARIZMI D'ANALYSES MEDICALES

Dr NEJJAR.S

Medecin Biologiste

SPECIALISTE EN :

BIOCHIMIE-BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HEMATOLOGIE
IMMUNOLOGIE-SEROLOGIE-PARASITOLOGIE

Enregistré le : 31/01/2022, à 08:56
Dossier N° : 2220131-0008
Editer le : 31/01/2022

Mr EL HADDAD Mohamed

Date de naissance : 01/01/1935

Dr LAHBABI

MARQUEURS ANTIGENIQUES

ANTIGENE PROSTATIQUE SPECIFIQUE

P.S.A total _____
(Chimiluminescence)

3.08 ng/ml

(VR: < à 4.00)

07/07/2021 : 1.97

Pour des valeurs de PSA total entre 4-10 ng/ml
il est recommandé de demander le rapport PSA libre/PSA total qui permet de faire
la part entre hyperthrophie benigne et tumorale

Laboratoire Al Khawarizmi
D'Analyses Médicales
Dr. Soumia Nejjar
21 Av Lalla Smaïa Résidence Doukkali
Tabriquet - Sale - Tél. : 05.37.85.57.17

Fin

LABORATOIRE AL KHAWARIZMI D'ANALYSES MEDICALES

21.Av. Lalla Asma, Résidence Doukkali - Tabriquet - Salé

Tel: 05 37.85.57.17 - Fax : 05.37.85.67.22

IGR : 36512130
PATENTE : 29005907

CNSS : 2467935
I.F:36512130

ICE : 001639828000003
I.N.P : 103000964

22201310008

Facture N° : **22201310008**

Edité le : 31/01/2022

Médecin : LAHBABI

Organisme :

Pour : **Mohamed EL HADDAD**

FACTURE

Lbllé analyse	Description
ANTIGENE PROSTATIQUE SPECIFIQUE	300

Le nombre de B	300.00 B + Prelevement
Montant total du dossier	427.00 Dh

Cachet du laboratoire :

*Dr. Soumaya Nejjar
Lalla Asma Résidence Doukkali
Salé - Tél. : 05.37.85.57.17*