

# 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 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8902 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL KATI MOU R mohamed

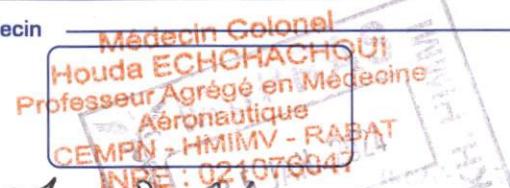
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661296244 Total des frais engagés : 19000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/10/2024 Age :

Nom et prénom du malade : Houda Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : maladie Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 Le : 12/10/2024

Signature de l'adhérent(e) : 12/10/2024

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie **M22-0058095**

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 : 8902

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 150

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
12/01/2011	Medecin	0	0	Professeur Agregé en Médecine Aéronautique GEMPS HAIMV - RABAT INPE : 021076047

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>LABORATOIRE HAJJ D'ANALYSES MEDICALES</b> 7, Av. El Hajj et Rue Rhamna N° 1, Takkaddoum - Rabat Tél. : 05 37 65 22 22	13/01/20	B- 100	150,00 Dh
	123 013 103		

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

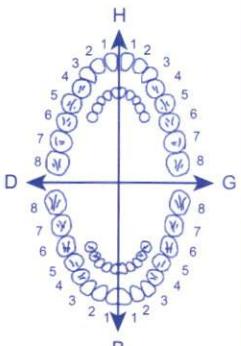
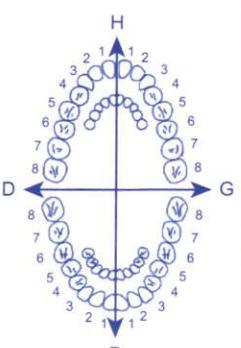
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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			
	$  \begin{array}{r rr}  H & 25533412 & 21433552 \\  & 00000000 & 00000000 \\  \hline  D & 00000000 & 00000000 \\  & 35533411 & 11433553 \\  \hline  B & &  \end{array}  $			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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 PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc  
Forces Armées Royales  
Hopital Militaire -  
D'instruction Mohamed V



المملكة المغربية  
القوات المسلحة الملكية  
المستشفى العسكري الدراسي  
محمد الخامس

Médecin Colonel H.  
Houda ECHCHACHOUI  
Professeur Agrégé en Médecine  
Aéronautique  
CEMPN - HMIMV - RABAT  
INPE : 021076047

12 Janv 2024

El KATNOUR A<sup>ed</sup>

Séducent vichaine

LABORATOIRE HAJJI  
ANALYSES MEDICALES  
1, Av. El Haouz et Rue Rhamna  
N° 1, Takaddoum - Rabat  
Tél.: 05 37 65 22 22

Médecin Colonel  
Houda ECHCHACHOUI  
Professeur Agrégé en Médecine  
Aéronautique  
CEMPN - HMIMV - RABAT  
INPE : 021076047



**ANALYSES MEDICALES - BIOLOGIE SPÉCIALISÉE**

**التحليلات الطبية - البيولوجيا المتقدمة**

Édité à Rabat le : 15/01/2024  
Date du prélèvement : 13/01/2024  
Heure du prélèvement : 8:48  
Prescripteur : Pr Houda ECHCHACHOUI

**Mr EL KATMOUR Mohammed**  
Né(e) le : 25/04/1967  
Dossier N° : 130124-004  
Code patient : 20-02625



**BIOCHIMIE URINAIRE**

**SEDIMENT URINAIRE**

LEUCOCYTES	:	Rares
HÉMATIES	:	Nombreuses+++
CELLULES ÉPITHÉLIALES	:	Absence
CYLINDRES	:	Absence
CRISTAUX	:	Absence
TRICHOMONAS VAGINALIS	:	Absence
ELÉMENTS LEVURIFORMES	:	Absence
PROTEINES	:	Négative
CORPS CÉTONIQUES	:	Absence
PH	:	5
GLUCOSURIE	:	Négative

Présence de nombreuses hématies sur le culot examiné.

Hématurie à confronter au contexte clinique.

 Page : 1/1



ANALYSES MÉDICALES - BIOLOGIE SPÉCIALISÉE  
التحليلات الطبية - البيولوجيا المتخصصة

Facture

N° facture 2024-0184

Rabat, le 15/01/2024

Date de prélèvement 13/01/2024

Mr EL KATMOUR Mohammed

Code Acte	Designation Acte	Cotation
CULOT	CULOT URINAIRE (SEDIMENT)	100

Total B	100
Total en dirhams	150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent cinquante dirhams\*\*\*

ICE : 002221659000007 - IF : 33630729

LABORATOIRE HAJJI  
D'ANALYSES MÉDICALES  
7 Rue El Rhamna  
Zakaoedoum Rabat  
05 37 65 22 22