

## 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.

N° W19-476851

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

831

Société :

EL HADDAD

Med

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-476851

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

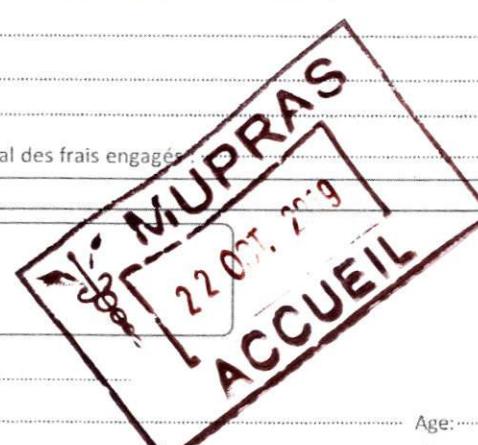
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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									
					<b>Coefficient des travaux</b> <b>Montant des soins</b> <b>Début d'exécution</b> <b>Fin d'exécution</b>								
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire		<b>Coefficient des travaux</b> <b>Montant des soins</b> <b>Date du devis</b> <b>Fin d'exécution</b>									
		<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		D	H	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553		
D	H												
25533412 00000000	21433552 00000000												
D	G												
00000000 35533411	00000000 11433553												
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution											

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 831	 <b>Signature de l'adhérent</b>
Nom & Prénom		EL HADDOAO M ed	
Fonction		Retraite	
Phones		Ag Rabat	
Mail		0666.44.06.93	
MEDECIN	Prénom du patient EL HADDOAO Mohamed		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		11 OCT. 2019	
ADK mechaber		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances  NON			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
gf	1	300 Drs	
<b>PHARMACIE</b> Montant de la facture		 <b>Signature et cachet du pharmacien</b>	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b> Désignation des Coefficients 3 300.000		Date 21 OCT. 2019 <b>ACCUEIL</b> 427.000 DH	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> Nombre AM PC IM IV		Date Montant détaillé des Honoraires	
		<b>CACHET</b>	

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 الحبابي

اختصاصي في أمراض وجراحة الكلى  
والمسالك البولية والتناسلية

خريج كلية الطب ب��رونوبيل (فرنسا)  
حاصل على دبلوم الفحص الداخلي والجراحة  
عبر المنظار وتفتيت الحصى من كلية باريس  
ملحق سابقاً بالمستشفى الجامعي بڪرونوبيل  
عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية

Rabat, le.....

8/10/2019

الرباط، في

M. le HADDAD

Mohamed

PSA Sept

560

Sept 2019

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

Dr Karim LAHEABI  
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

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

21910081050  
Facture N° :

**21910081050**

Edité le : 08/10/2019

Médecin : LAHBABI

Organisme :

Pour : **Mohamed EL HADDAD**

## **FACTURE**

Lbelle analyse	Description
ANTIGENE PROSTATIQUE SPECIFIQUE	300
	....
<b>Le nombre de B</b>	<b>300.00 B + Prelevement</b>
<b>Montant total du dossier</b>	<b>427.00 Dh</b>

**Cachet du laboratoire :**

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

# LABORATOIRE AL KHAWARIZMI D'ANALYSES MEDICALES

**Dr NEJJAR.S**

Medecin Biologiste

SPECIALISTE EN :

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

Enregistré le : 08/10/2019, à 11:32  
Dossier N° : 2191008-1050  
Editer le : 08/10/2019

**Mr EL HADDAD Mohamed**

Date de naissance : 01/01/1935

**Dr LAHBABI**

## **MARQUEURS ANTIGENIQUES**

### **ANTIGENE PROSTATIQUE SPECIFIQUE**

P.S.A total \_\_\_\_\_ 2.31 ng/ml 01/04/2019 : 2.33

Tech.ELFA(Enz Linked Fluorescent Assay)

Tranches d'age Normales

< 40 : 0.21 à 1.72

40 à 49 ans : 0.27 à 2.19

50 à 59 ans : 0.27 à 3.42

60 à 69 ans : 0.22 à 6.6

Sup à 69 : 0.21 à 6.71

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 Soumaya Nejjar  
21 Av Lalla Asma Résidence Doukkali  
Tabriquet - Salé - Tel. : 05.37.85.57.17*

**Fin**