

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

06-6A-33-42 AJ

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8193

Société : 134272

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Rholam Rita

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06-6A-33-42-17 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/09/2022

Nom et prénom du malade : Rholam Rita Age : 48

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 15 ans cyclorrhée

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 : Casablanca

Le : 03/09/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
03/09/2018	Acte de Chirurgie Dentaire	100	820,20	DR M. LAVILLE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR M. LAVILLE	03/09/2018	R	1003,80 HT

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Zoulal ETTAYEBI

Spécialiste en Gynécologie
et Obstétrique

Lauréate de la faculté de Médecine de Rabat
Ex Chef de service Gynéco-Obstétrique
de l'hôpital Hassan II Settat

الدكتورة زلال الطيبى

طبيبة متخصصة في أمراض
النساء و التوليد

خريجة كلية الطب و الصيدلة الرباط
رئيسة قسم سابقه بمستشفى العين الثاني سطات



عمارة ماهرالسفاري، الطابق الثاني، شقة 7 - بوسكورة - ر.ب : 3011 - الدار البيضاء ♀

♦ Imm Mahir Essafari 2ème étage, Appt 7 - Bouskoura - CP 3011 - Casablanca

📞 05 22 012 210 - 06 62 450 447 ✉ Dr.ettayebi@gmail.com

Nom et Prénom : RHÔTAN RITA

Date : 14/12/2022

Age : 48 ans

OBSTÉTRIQUE

DDR :

DPO :

DPA :

SG : CC : Grossesse Unique : Grossesse Multiple :

VITALITÉ FŒTALE :

- Activité Cardiaque :
- Mouvement Actif :
- M resp :

PRÉSENTATION :

BIP :

DATE :

FEMUR :

ORGANES ÉTUĐIÉS :

TÊTE :	COEUR :	ABDOMENE :
ACHIS :	ESTOMAC :	VESSIE :
MEMBRES INFER :	MEMBRES SUP :	

PLACENTA :

- Localisation :
- Structure :
- Épaisseur :

LIQUIDE AMNIOTIQUE :

CORDON OMBILICAL :

CONCLUSION :

GYNÉCOLOGIQUE

DDR :

MOTIF DE CONSULTATION :

AS du my de ménstr. globuleux à la bill.

UTÉRUS : Morphologie :

Volume • Epaisseur :

- Longueur :
- Largeur :

Ligne de vacuité :

Annexe

- Droit :

- Gauche :

CUL DE SAC DE DOUGLAS :

Conclusion :

Adeno myx de cérat-



CLINIQUE VILLE VERTE

E L S A N
TEL : 0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

F A C T U R E

N° **5 546** / 2022 du **03/09/2022**

Nom patient	RHOLAM Rita	Entrée 03/09/2022	Sortie 03/09/2022
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
ECHO PELVIENNE	1,00	Z	400,00	400,00
FRAIS CLINIQUE	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	450,00
Total Frais Clinique				450,00
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. ETTAYBI ZOULAL (gynécologue)	1,00		350,00	350,00
			Sous-Total	350,00
LABO OTHMANI (laboratoire)	1,00	EXT	1 003,20	1 003,20
			Sous-Total	1 003,20
Total prestations externes				1 353,20

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> MILLE HUIT CENT TROIS DIRHAMS VINGT CENTIMES	Total général 1 803,20
---	--------------------------------------

Encaissements	Espèces		Total encaissé	Solde
	1 803,20		1 803,20	0,00


Clinique Ville Verte
 Green Town, Villa Verte
 Casablanca
 Tel: 0667 57 57 57



220903113534H./

RHOLAM

Rita

01/07/1974

ETAGE 01

MUPRAS

Urgences 24h/24

Médecine

Chirurgie

Réanimation

Radiologie

Cardiologie
Interventionnelle

Maternité

Réanimation
Néonatale

Hémodialyse

NFS +

CA 12.5

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Ionogramme | <input type="checkbox"/> | ASAT / ALAT |
| <input type="checkbox"/> | Ca++ | <input type="checkbox"/> | PAL |
| <input type="checkbox"/> | Mg++ | <input type="checkbox"/> | GGT |
| <input type="checkbox"/> | Phosphorémie | <input type="checkbox"/> | BT / BD / BI |
| <input type="checkbox"/> | Glycémie(AJ) | <input type="checkbox"/> | CT |
| <input type="checkbox"/> | HbA1c | <input type="checkbox"/> | TG |
| <input type="checkbox"/> | Urée | <input type="checkbox"/> | LDL |
| <input type="checkbox"/> | Crétaténine | <input type="checkbox"/> | HDL |
| <input type="checkbox"/> | Protidémie | <input checked="" type="checkbox"/> | TSH |
| <input type="checkbox"/> | Albuminémie | <input type="checkbox"/> | T3 / T4 |
| <input type="checkbox"/> | Lipasémie | <input type="checkbox"/> | LDH |
| <input type="checkbox"/> | Ethanolémie | <input type="checkbox"/> | HVB |
| <input type="checkbox"/> | AC.urique | <input type="checkbox"/> | HVC |
| <input type="checkbox"/> | CPK | <input type="checkbox"/> | HIV1 / HIV2 |
| <input type="checkbox"/> | ACE | <input type="checkbox"/> | βHCG |
| <input type="checkbox"/> | Electrophorèse des protides | | |

Laboratoire Othmani

Rita RHOLAM

308140161

CLINIQUE VILLE VERTE (CVV) : Casa Green]
Tél.: +212 (0)5 22 51 23 23 (LG) - E
ICÉ : 0018

Urgences 24h/24



nca

Laboratoire Othmani D'Analyse Médicales
Dr. Houda Othmani
N°2 Res El Qods, Bd El Qods Quartier Omaria, Ain Chock - Casablanca
Téléphone :0522212211 / Fax :0522212239

Note Honoraire

Casablanca , le 05/09/2022

CLINIQUE VILLE VERTE

NIP: 30814



Mme RHOLAM Rita

Dossier: 308140161

Médecin: CLINIQUE VILLE VERTE

Date de prélèvement: 03/09/2022

Code Acte	Designation Acte	Cotation B	Montant
NFS	NUMERATION GLOBULAIRE	80	107.20
CA125	Antigène CA125	400	536.00
TSH	TSH us	250	335.00
	Total B	730	978,200
	APB		25,000
	Indemnité déplacement		0,000
	Majorations		0,000
	Montant Total		1 003,200

MILLE TROIS DIRHAMS ET 20 CENTIMES ***

Dr. Houda Othmani - Résidence El Qods - N°2, Bd El Qods Quartier Omarie - Casablanca - Téle: 0522 21 22 33 - N°2 Res El Qods - Téle: 093061596



LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES

مختبر عثماني للتحاليل الطبية

(Hématologie - Biochimie - Immunologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie-virologie - Hormonologie - Spérmologie)



Casablanca , le 03/09/2022

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 308140161 Pvt du: 03/09/2022 12:27

Nom : Mme RHOLAM Rita

Age : 48 ans

Demandé par Dr : CLINIQUE VILLE VERTE

Page : 1/2

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE

	:	Valeurs Usuelles
Erythrocytes	:	4,40 M/mm ³ (3,8 - 5,9)
Hémoglobine	:	13,60 g/dl (11,5 - 17,5)
Hématocrite	:	41,40 % (34 - 53)
VGM	:	94,09 fL (76 - 96)
TCMH	:	30,91 pg (24 - 34)
CCMH	:	32,85 g/dl (30 - 36)
Leucocytes	:	5 700 /mm ³ (4000 - 10000)
Plaquettes	:	241 000 /mm ³ (150000 - 450000)

Thrombopénie contrôlée sur frottis sanguin.

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	:	74,9 % Soit 4269,00 /mm ³ (2000 - 7500)
Polynucléaires Eosinophiles	:	2,0 % Soit 114,00 /mm ³ (Inférieur à 400)
Polynucléaires Basophiles	:	1,0 % Soit 57,00 /mm ³ (Inférieur à 150)
Lymphocytes	:	18,1 % Soit 1032,00 /mm ³ (1500 - 4000)
Monocytes	:	4,0 % Soit 228,00 /mm ³ (200 - 800)

Etude du frottis sur lame

La formule leucocytaire est contrôlée sur frottis sanguin.

MARQUEURS SERIQUES

	:	Valeurs Usuelles	Antériorité
Antigène CA125	:	21,00 U/ml (Inférieur à 35)	

(Technique:EIA/AIA TOSOH)

Changement de technique et valeurs de référence depuis le 05/06/2020

ENDOCRINOLOGIE

	:	Valeurs Usuelles	Antériorité
TSH-us	:	1,085 µUI/ml (0,25 - 5)	

La TSH est l'indicateur le plus sensible pour évaluer un dysfonctionnement thyroïdien.

Une variation minime de T4L provoque une réponse très amplifiée de la TSH.

Cependant, la TSH répond aux variations de la T4L avec un temps de latence important, au moins 8 semaines pour une réponse complète.

Ce prélèvement a été réalisé en dehors de notre laboratoire. Sa qualité et l'authenticité des renseignements fournis restent sous la responsabilité de la structure où il a été réalisé.

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Adresse : N°2 Res El Qods, Bd El Qods Quartier Omaria, Ain Chock - Casablanca

Tél: 0522 21 22 11 - Fax : 0522 21 22 39 - Gsm : 0662 27 99 66 / 0767 78 76 75 - E-mail : othmani.laboratoire@gmail.com - Site web : www.othmanilab.ma



LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES

مختبر عثماني للتحاليل الطبية

(Hématologie - Biochimie - Immunologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie-virologie - Hormonologie - Spérmieologie)

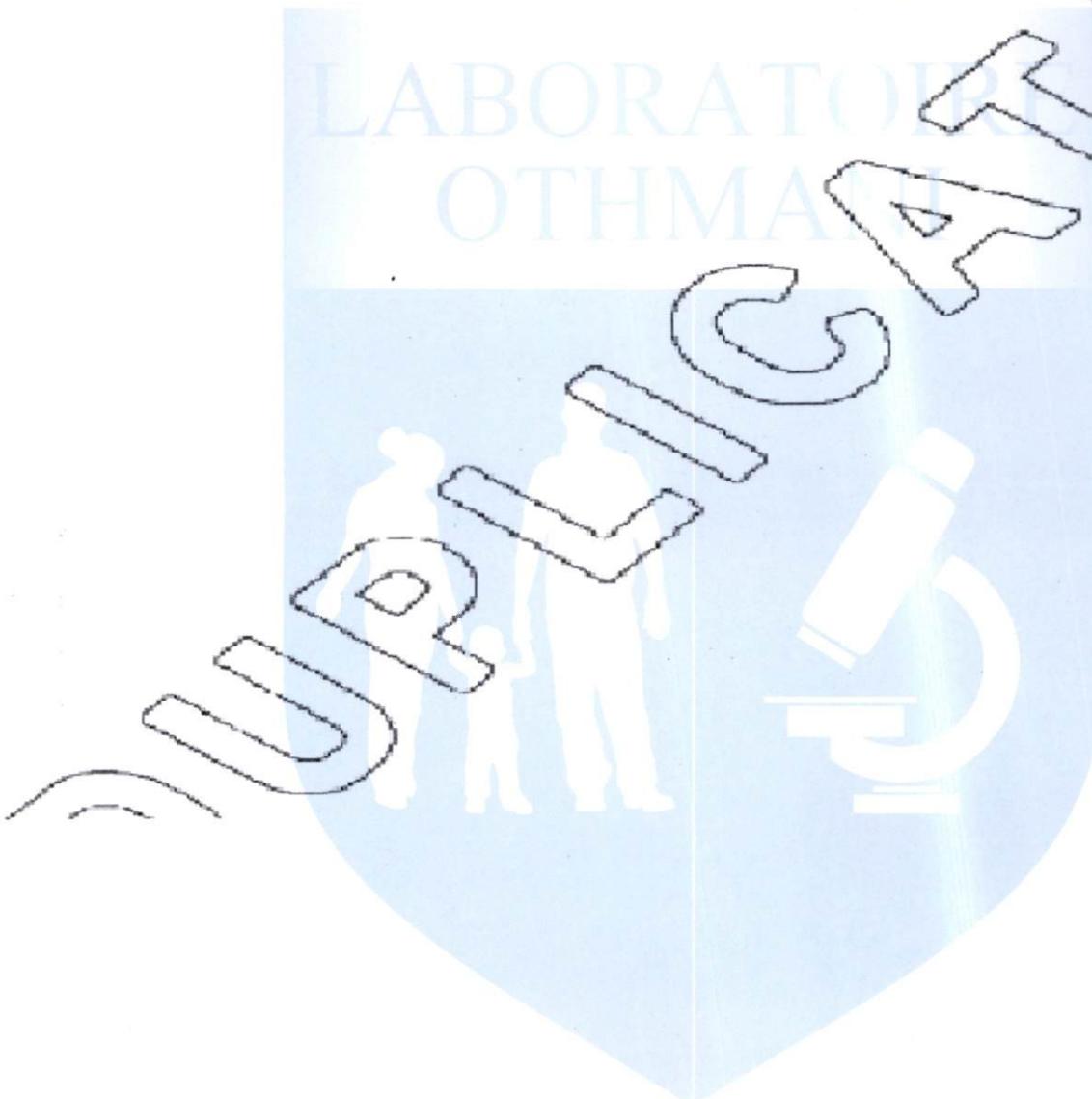
Mme RHOLAM Rita

Dossier N° : 308140161

Page : 2/2

Demande validée biologiquement par Dr. Houda OTHMANI

Laboratoire OTHMANI d'analyses Médicales
Dr Houda OTHMANI - Biologiste
N° 2, Bd El Qods, Résidence El Qods,
Quartier Omaria, Ain Chock - Casablanca
Tél.: 05 22 21 22 11 - Fax : 05 22 21 22 39



Nous vous remercions de votre confiance
Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Adresse : N°2 Res El Qods, Bd El Qods Quartier Omaria, Ain Chock - Casablanca
Tél: 0522 21 22 11 - Fax : 0522 21 22 39 - Gsm : 0662 27 99 66 / 0767 78 76 75 - E-mail : othmani.laboratoire@gmail.com - Site web : www.othmanilab.ma

