

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 1052884

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8482 Société : RAM 135911

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOULGOURI MUSTAPHA

Date de naissance : 04-03-1958

Adresse : même

Tél. : 0661928624 Total des frais engagés : 1060,00 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 : CASABLANCA Le : 28/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

## 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### RELEVÉ 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27/09/22	B780, P	106000

### AUXILIAIRES MEDICAUX

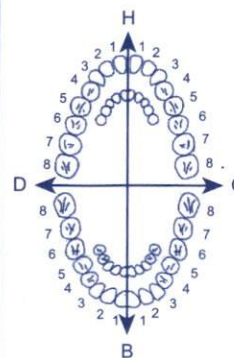
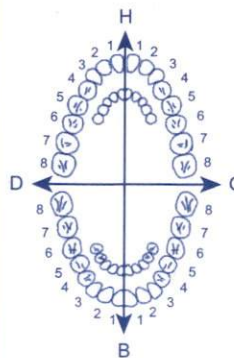
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. ANIBA Myriem**

**Hématologue,**  
(Adultes et enfants)

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca



**الدكتورة عنيبة مريم**

أخصائية في أمراض الدم  
(البالغين و الأطفال)  
خريجة كلية الطب و الصيدلة  
بالدار البيضاء

Casablanca, le : 26/09/2022

M. Boulgoumsi Ned Amine

- NFS + Pla.
- Ferritine
- dosage vit.D

LABORATOIRE PANORAMIQUE  
Dr. KADIRI Mohamed  
Tél.: 0522 52 29 61

**Dr. ANIBA MYRIEM**  
Hématologie Clinique  
Bd. Al Qods, Imm.35, GH06 N°04  
1er étage - Casablanca  
Tél.: 0522 87 37 50 - 0522 87 37 51

شارع القدس، الضمان GH06، عمارة 35 الشقة 4 الطابق 1، الدار البيضاء

Boulevard Al Qods, Imm 35 GH06 N°04, 1er étage, Casablanca

05 22 87 37 50 (Urgence : ☐ 06 64 42 82 13) Email : myriemaniba@gmail.com





الرئيس (الفاوري) محمد  
أخصائي في التحليلات الطبية

# مختبر التحليلات الطبية بانوراميك

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PANORAMIQUE

**Dr. KADIRI Mohamed**  
**Biologiste**

Diplômé de L'Université de REIMS des Spécialités Biochimie Clinique  
Immunologie Générale Bactériologie et Virologie Clinique  
Diagnostic Biologique et Parasitaire  
D.U Assurance Qualité en Biologie Médicale de L'Université de Paris 7  
Ex. Attaché des Hopitaux de France

**Date du prélèvement** : 27-09-2022 à 08:50

**Code patient** : 2022091745

**Né(e) le** : 04-05-2006 (16 ans)

**M. MOULGOURI Mohamed Amine**

Dossier N° : 2022092358

Prescripteur : Dr ANIBA MYRIEM



Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
----------	-----------	--------	-------------

### HEMATOLOGIE

#### NUMERATION FORMULE COMPLETE (Sysmex – XN-530)

Hématies	4.68 /mL	(4.28–6.00)	20-09-2022 4.81
Hémoglobine	13.9 g/dL	(13.0–18.0)	14.3
Hématocrite	40.8 %	(37.0–52.0)	42.0

#### CONSTANTES ERYTHROCYTAIRES

VGM	87.2 fL	(78.0–98.0)	87.3
TCMH	29.7 pg	(26.0–34.0)	29.7
CCMH	34.1 %	(31.0–36.5)	34.0

GLOBULES BLANCS	11 470 /mm <sup>3</sup>	(4 000–11 000)	13 230
-----------------	-------------------------	----------------	--------

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

Neutrophiles	45.8 % soit	5 253 /mm <sup>3</sup>	(1 400–7 700)	20-09-2022 6 139
Eosinophiles	4.4 % soit	505 /mm <sup>3</sup>	(20–680)	556
Basophiles	0.3 % soit	34 /mm <sup>3</sup>	(0–110)	66
Lymphocytes	41.7 % soit	4 783 /mm <sup>3</sup>	(1 000–4 800)	5 464
Monocytes	7.8 % soit	895 /mm <sup>3</sup>	(180–1 000)	1 005
Plaquettes		274 000 /mm <sup>3</sup>	(150 000–400 000)	309 000

Ferritine (Abbott/Architect)	15 ng/ml	(15–250)
---------------------------------	----------	----------

### VITAMINES

25-(OH)-vitamine D (D2+D3)  
(Architect/Abbott)

21.90 ng/ml  
54.75 nmol/l

Interprétation :

Valeurs de référence : 30–80 ng/ml  
Insuffisance : 10–30 ng/ml  
Déficience : <10 ng/ml  
Toxicité : >100 ng/ml

197, Bd Panoramique, Angle Bd 2 Mars Ain chock - Casablanca. Tél : 05 22 52 29 61 / Fax : 05 22 52 26 59

Patente : 34033937 - I.F : 51360060 - C.N.S.S : 6070445 - ICE : 001714638000061 - INPE : 093002053

G-mail : labo\_panoramique@yahoo.fr



الدكتور (الفانوري) محمد  
أخصائي في التحليلات الطبية

# مختبر التحليلات الطبية بانوراميك

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PANORAMIQUE

**Dr. KADIRI Mohamed**  
**Biologiste**

Diplômé de L'Université de REIMS des Spécialités Biochimie Clinique  
Immunologie Générale Bactériologie et Virologie Clinique  
Diagnostic Biologique et Parasitaire  
D.U Assurance Qualité en Biologie Médicale de L'Université de Paris 7  
Ex. Attaché des Hopitaux de France

**FACTURE N° : 220901024**

CASABLANCA le 27-09-2022

**M. MOULGOUMRI Mohamed Amine**

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E20
0439	Vitamine D	B450
0216	Numération formule	B80
0154	Ferritine	B250

Total des B : 780

TOTAL DOSSIER : 1060.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille soixante dirhams .

LABORATOIRE PANORAMIQUE  
Dr. KADIRI Mohamed  
Tél.: 0522 52 29 61