

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.

M22- 0042787

0900

14

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6412 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : A.M. N. ABDEWB

Date de naissance : 3.8.1963

Adresse : Habrielle

Tél. : 90.85 Total des frais engagés : 2.16.00 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 :

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 : 8.12.2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0042787

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 : 6412

Nom de l'adhérent(e) : A.M. N.

Total des frais engagés : 2.16.00

Date de dépôt : 8.12.2022

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
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ANALYSES liste		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet de signature du Laboratoire d'Analyses Biologique	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Dr. Houadji Nabil N°2 Bd El Ondas. Quartier Ouled Aït Chock tel: 05 22 21 24 11 INPA 293061598</i>	03/11/1992 B n°80		816,000 Dhs

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

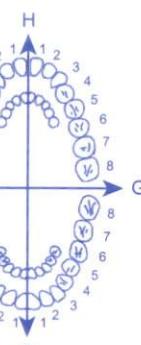
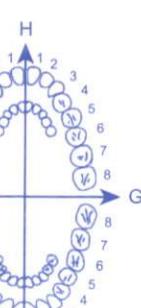
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		Coefficient DES TRAVAUX
		[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

Laboratoire OTHMANI D'Analyses Médicales

Dr. Houda OTHMANI

N°2 Res El Qods, Bd El Qods Quartier Omaria, Ain Chock - Casablanca
Tél : 0522212211 - Fax : 0522212239 - E-mail : othmani.laboratoire@gmail.com

Facture



N° facture : 2022-6651

Edité le : 03/12/2022

Patient : Mr AMIINI Abdenbi

Date prélèvement : 03/12/2022

N° Dossier : 309740101

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION GLOBULAIRE	80	96,00
TRANSAMINASES	100	120,00
Total B	180	216,00
APB	1,0	0,00
Majoration de garde		
Total		216,00

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES
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
INPE: 093061596



Casablanca , le03/12/2022

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 309740101 Pvt du: 03/12/2022 9:03

Nom : Mr AMIINI Abdenbi

Age : 59 ans

Demandé par Dr : MAMOU NAOUFAL

Page : 1 / 1

HEMATOLOGIE

			Valeurs Usuelles	Antériorité
NUMERATION GLOBULAIRE				
Erythrocytes	:	4,70	M/mm ³	(4,28 - 6) 4,70 (19/11/22)
Hémoglobine	:	14,60	g/dl	(13 - 18) 15,50 (19/11/22)
Hématocrite	:	45,60	%	(39 - 53) 47,60 (19/11/22)
VGM	:	97,02	fL	(78 - 98) 101,28 (19/11/22)
TCMH	:	31,06	pg	(26 - 34) 32,98 (19/11/22)
CCMH	:	32,02	g/dl	(31 - 36) 32,56 (19/11/22)
Leucocytes	:	5 100	/mm ³	(4000 - 10000) 5 300 (19/11/22)
Plaquettes	:	197 000	/mm ³	(150000 - 400000) 189 000 (19/11/22)
FORMULE LEUCOCYTAIRE				
Polynucléaires Neutrophiles	:	40,7 %	Soit 2076,00 /mm ³	(2000 - 7500) 2544 (19/11/22)
Polynucléaires Eosinophiles	:	2,2 %	Soit 112,00 /mm ³	(Inférieur à 400) 85 (19/11/22)
Polynucléaires Basophiles	:	1,0 %	Soit 51,00 /mm ³	(Inférieur à 150) 27 (19/11/22)
Lymphocytes	:	48,4 %	Soit 2468,00 /mm ³	(1500 - 4000) 2168 (19/11/22)
Monocytes	:	7,7 %	Soit 393,00 /mm ³	(200 - 800) 477 (19/11/22)
Etude du frottis sur lame	:	La formule leucocytaire est contrôlée sur frottis sanguin.		

ENZYMOLOGIE

			Valeurs Usuelles	Antériorité
TRANSAMINASES				
SGOT (Aspartate Aminotransférase)	:	24 UI/l	(Inférieur à 35)	24 (19/11/22) 32 (05/11/22)
SGPT (Alanine Aminotransférase)	:	17 UI/l	(Inférieur à 45)	19 (19/11/22) 14 (05/11/22)

Demande validée biologiquement par Dr. Houda OTHMANI



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Casablanca, le.....

21/11/2022

MR. AMINI ABDENBI

NFS

TRANSAMINASES HEPATIQUES



MAMOU
Centre International d'Oncologie
Casablanca
Radiothérapie - Radiothérapeute
4, route de l'Oasis, Rue des Alouettes - Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81