

## 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.

## Déclaration de Maladie

ordo Analyses, Résultat + ordo Echo.

N° W21-649960

91513

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricole : 1024

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre : RETIREE

Nom & Prénom : Souni mohamed

Date de naissance : 01.01.1941

Adresse : HAY ELHANA RUE 17 N = 21 CASA

Tél. : 0696474950

Total des frais engagés :

503DH

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/01/2021

Nom et prénom du malade : HMANI EL AYADIA

Age :

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

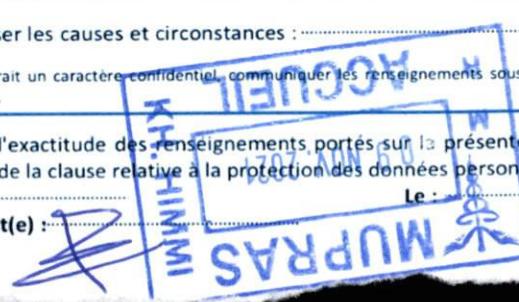
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



### 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 INP : <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>
8/9/16/21	C			

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

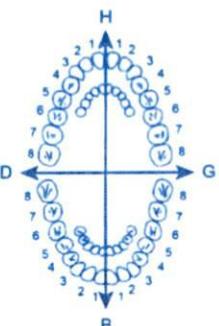
### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
POLYCLINIQUE QUARZAZATE Dr SAMI OTMANI DIRECTEUR	14/09/2021	INPE : 040062259	400,00 ±

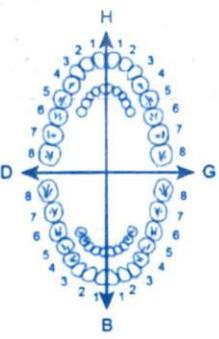
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		AM PC IM IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTE  
DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE  
REGION DRAA-TAFILALT  
DELEGATION PROVINCIALE DE LA  
SANTE  
CENTRE HOSPITALIER PROVINCIAL  
OUARZAZATE



المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المدينة الجوية للصحة لجهة  
درعة تافيلالت  
المندوبة الإقليمية للصحة  
المركز الاستشفائي الإقليمي  
فلايات

## ORDONNANCE

Ouarzazate le :

Saida Amane Aïcha -

E. G.

MÉDECIN DES URGENCES  
CHP OUAZZATE  
Cache du Médecin



مَسْبَّةُ وَرِزَازَاتٍ  
POLYCLINIQUE OUARZAZATE

age = 1969  
C INT = P128621

Ordonnance

Ouarzazate le: 14/09/2021

M<sup>me</sup> EL Ayadis HMANI

Sidi Sidi

NFSI PLATOUZDI  
Dr. ZOHAIR  
LABORATOIRE D'ANALYSES  
MÉDICALE OUARZAZATE  
LOT CENTRE N°129 1ER ETAGE - OZTE  
Tél. 05.24.88.26.83

(Signature)

POLYCLINIQUE OUARZAZATE  
Dr Samir OTMANI IDRISI  
DIRECTEUR

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTE  
DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE DE LA REGION  
SOUSS-MASSA-DRAA  
DELEGATION PROVINCIALE DE LA SANTE  
CENTRE HOSPITALIER PROVINCIAL  
GUARZAZATE



NE 5812/2000

المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
الجهة الجوية للصحة العامة  
سوس - ماسة - درعة  
المندوبية الإقليمية للصحة  
المركز الاستشفائي الإقليمي  
فلايات

CHF

### Demande d'examen Radiologique

Nom : E. Agarram

Prénom : Hamid

Renseignements Cliniques :

Examen demandé :

ASPO de dos

Médecin traitant

Dr. AGARRAM ABDESSAMAD

Chirurgie générale

الدكتور ابراهيم العلوي

الجراحة العامة

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES OUARZAZATE  
Adresse : Imm N° 129 1<sup>er</sup> étage lot centre (en face clinique chifa)  
Tél : 05.24.88.26.83 Email : labouarzazate@gmail.com

Ouarzazate , le 14/09/2021

Facture

N° facture 21-2336

Date 14/09/2021

INPE : 0430636 92

Mme HMANI El Ayadia

Code Acte	Designation Acte	Cotation	Montant
NFS	NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES	80	88,00
S	Prélèvement sang veineux	1	15,00
		<b>Total B</b>	80,00
		<b>Total</b>	103,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

cent trois Dirhams \*\*\*

INPE: 043063692

Dr. ZOHAIR AIT OUZDI  
LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES OUARZAZATE  
LOT CENTRE N° 129 1<sup>ER</sup> ETAGE - OZTE  
Tél. 05.24.88.26.83

# POLYCLINIQUE OUARZAZATE

24,SIDI HSAINE

## F A C T U R E

N° : 2763 / 2021 du 14/09/2021

Nom patient HMANI EL AYADIA Entrée 14/09/2021  
PAYANT Sortie 14/09/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ECHOGRAPHIE ABDOMINAL	1,00		400,00	400,00
Sous-Total				400,00
Total Clinique				400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	400,00
QUATRE CENTS DIRHAMS		

POLYCLINIQUE OUARZAZATE  
Dr.Samir OTMANI IDRISI  
DIRECTEUR



Ouarzazate, le 14/09/2021

### Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 140921-033 Pvt du: 14/09/2021 11:22

Nom : Mme HMANI El Ayadia

Prescripteur Dr : POLYCLINIQUE OUARZAZATE

Page : 1/1

### HEMATOLOGIE

#### NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES

Automate : Sysmex XS 1000 i

##### HEMATIES

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Hémoglobine	: 4,83 M/mm <sup>3</sup>	( 4 - 5,3 )	3,82 (20/04/21)

Hématocrite	: 12,8 g/dL	( 11,5 - 17,5 )	10,3 (20/04/21)
-------------	-------------	-----------------	-----------------

VGM	: 38,7 %	( 36 - 46 )	32,3 (20/04/21)
-----	----------	-------------	-----------------

TCMH	: 80 fL	( 80 - 100 )	85 (20/04/21)
------	---------	--------------	---------------

CCMH	: 27 pg	( 27 - 32 )	27 (20/04/21)
------	---------	-------------	---------------

CCMH	: 33 %	( 30 - 35 )	32 (20/04/21)
------	--------	-------------	---------------

##### LEUCOCYTES

FORMULE LEUCOCYTAIRE	: 6170 /mm <sup>3</sup>	( 4000 - 10000 )	14090 (20/04/21)
----------------------	-------------------------	------------------	------------------

Polynucléaires Neutrophiles	: 55,2 % Soit 3406/mm <sup>3</sup>	( 2000 - 7500 )	10737 (20/04/21)
-----------------------------	------------------------------------	-----------------	------------------

Lymphocytes	: 32,6 % Soit 2011/mm <sup>3</sup>	( 1500 - 4000 )	1846 (20/04/21)
-------------	------------------------------------	-----------------	-----------------

Monocytes	: 9,2 % Soit 568/mm <sup>3</sup>	( 200 - 800 )	1494 (20/04/21)
-----------	----------------------------------	---------------	-----------------

Polynucléaires Eosinophiles	: 2,4 % Soit 148/mm <sup>3</sup>	( 100 - 400 )	14,09 (20/04/21)
-----------------------------	----------------------------------	---------------	------------------

Polynucléaires Basophiles	: 0,6 % Soit 37/mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 100 )	0,00 (20/04/21)
---------------------------	---------------------------------	---------------------	-----------------

##### PLAQUETTES

PLAQUETTES	: 420 000 /mm <sup>3</sup>	( 150000 - 400000 )	334 000 (20/04/21)
------------	----------------------------	---------------------	--------------------

Dr. ZOHAIr AIT OUZDI  
LABORATOIRE D'ANALYSES  
MÉDICALES OUARZAZATE  
LOT CENTRE N°129, 1ER ETAGE - OZTE  
Tél. 05.24.88.26.83

*Nous vous remercions de votre confiance*



05 24 88 26 83



labouarzazate@gmail.com



Imm N°129 1<sup>er</sup> étage lot centre  
(en face de la Clinique chifa, au dessus  
de la pharmacie principale) Ouarzazate

**PRÉLÈVEMENT À DOMICILE SUR RENDEZ-VOUS**