

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

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

 Maladie Dentaire Optique Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5197**

Société :

**107691** Actif       Pensionné(e) Autre :Nom & Prénom : **REDOUANI - BATHIA**Date de naissance : **09/07/1959**Adresse : **12 Rue D'ARMENIE le Mans ASA**Tél. : **0661424863** Total des frais engagés : **130,- DHS** 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 : **OKZA**Le : **17/10/2022**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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17.02.22	B. 80	230 DS

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le.....

**28/01/2022**

## MME REDOUANI BAHIJA

### Analyses :

NFS

RDV prévu le

18. 2. 22



Dr. Kamal LAHBABI  
ONCOLOGUE - RADIOTHERAPEUTE ①  
Centre International d'Oncologie de Casablanca  
4, Route de l'Oasis Rue des Alouettes - Casablanca  
Tél : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74



# Anoual

Laboratoire de Biologie medicale  
Genetique moleculaire  
Radio immuno-analyse  
Diagnostic Prenatal  
Biologie de la Reproduction



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris  
Diplômé de l'Université Paris VII  
et de l'Institut Pasteur de Paris  
Biologiste Qualiticien

## FACTURE N° 2202170002

Mme Bahija REDOUANI

Demande N° 2202170002

Date de l'examen : 17-02-2022

Analyses :

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSAD	Prélèvement sang adulte	E25	E
	NF	B80	B

Total des B : 80

TOTAL DOSSIER : 130 DH

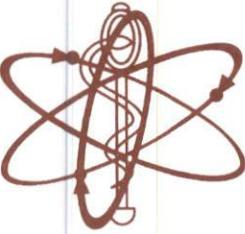
Arrêtée la présente facture à la somme de :cent trente dirhams DH



Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,  
Prénoms et les Dates des Analyses.

# Anoual

Laboratoire de Biologie medicale  
Genetique moleculaire  
Radio immuno-analyse  
Diagnostic Prenatal  
Biologie de la Reproduction



# رختير انوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris  
Diplômé de l'Université Paris VII  
et de l'Institut Pasteur de Paris  
Biologiste Qualiticien

Mme Bahija REDOUANI

Né(e) le : 09-07-1959

Dossier N° : 2202170002

Date de l'examen : 17-02-2022

Prélevé le : 17-02-2022 07:23 en interne

Édité le : 17-02-2022

DR : Dr Kamal LAHBABI

Adresse : Centre International D'Oncologie Casablanca

Page 1 / 1



ACCREDITATION  
N° 8-3245  
Portée disponible sur  
[www.coefrac.fr](http://www.coefrac.fr)

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

## HEMATOCYTOLOGIE

### Hémogramme

Cytométrie de flux sur ABX Pentra (échantillon primaire : sang total EDTA)

27-01-2022

Leucocytes [AC]	6.10	milliers/ $\mu$ l	(4.00–10.00)	3.50
Hématies : [AC]	4.15	millions/ $\mu$ l	(3.80–5.80)	4.26
Hémoglobine : [AC]	12.5	grs/dL	(11.5–16.0)	13.0
Hématocrite : [AC]	38.0	%	(37.0–47.0)	39.3
VGM : [AC]	92.0	$\mu$ 3	(80.0–100.0)	92.0
TCMH : [AC]	30.0	pg	(27.0–32.0)	30.6
CCMH : [AC]	32.7	g/dl	(32.0–36.0)	33.2
RDW : [AC]	15.4	%	(11.0–16.0)	15.6
Polynucléaires Neutrophiles :	47.2	%		46.7
Soit:	2.88	milliers/mm <sup>3</sup>	(2.00–7.50)	1.63
Polynucléaires Eosinophiles :	1.0	%		2.0
Soit:	0.06	milliers/mm <sup>3</sup>	(0.00–0.50)	0.07
Polynucléaires Basophiles :	1.1	%		0.9
Soit:	0.07	milliers/mm <sup>3</sup>	(0.00–0.20)	0.03
Lymphocytes :	39.7	%		33.8
Soit:	2.42	milliers/mm <sup>3</sup>	(1.00–4.00)	1.18
Monocytes :	11.0	%		16.6
Soit:	0.67	milliers/mm <sup>3</sup>	(0.20–1.00)	0.58
Plaquettes : [AC]	502	milliers/ $\mu$ l	(150–500)	291

Conformité  
Félicitation