

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

N° W21-768129

NB5091

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6412

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : A. M. I. N. I.

D. R. D. E. W. P. S.

Date de naissance :

3.8.1963

Adresse :

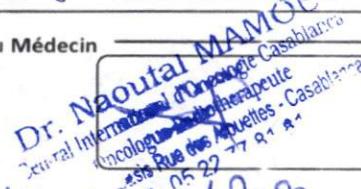
Mutuelle

Tél. : 9085

Total des frais engagés : 260 + 180 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24.09.2022

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Néoplasie du colon

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.

28 OCT. 2022

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 : CMN

Le : 10.10.2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
26.10.92 C			270	INP Dr. NAOU Centre International d'Oncoologie Oncologie Radiobiologie Rue de l'Oasis Rue des Athlètes - Casablanca Tél. 05 22 77 91 11

ANALYSES - RADIOPHARIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Dr. Houida OMRANI N°2, Bd El Gods, Resid. CASABLANCA Quartier Omlaria - Ain Chock Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 11 INPRA: 0303615000</p>	22/10/20	5000	150 DH

AUXiliaires Médicaux					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

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 (Leave blank if no teeth are treated)	Nature des Soins (Leave blank if no treatment is indicated)	Coefficient (Leave blank if no coefficient is indicated)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 																
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
				H	25533412	21433552														
				D	00000000	00000000														
				B	35533411	11433553														
G																				
Coefficient des travaux <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/> Montants des soins <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/> Date du devis <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/> Date de l'exécution <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				

Casablanca, le.....

22/10/2022

MR. AMINI ABDENBI

NFS

TRANSAMINASES HEPATIQUES

LABORATOIRE OTMANI ANALYSES
Dr. Houda Othmani - Biologiste
N°2, Bd El Qods, Résidence El Qods
Quartier Omania - Al Chock - CASABLANCA
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39
INPE: 193061506



Dr. Naoufal MAMMOU
Centre International d'Oncologie
di. Casablanca
Oncologue - Radiothérapeute
Route de l'Oasis, Rue des Alouettes, Casablanca
Tél: 05 22 77 81 81

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 : 2022-5885

Édité le : 22/10/2022

Patient : Mr AMINI Abdenbi

Date prélèvement : 22/10/2022

N° Dossier : 309741057

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION GLOBULAIRE	80	107,20
TRANSAMINASES	100	134,00
Total B	180	241,20
APB	1,0	15,00
Majoration de garde		
Total		180,00

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES
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: no 001406



LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES

مختبر عثماني للتحاليل الطبية

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

Casablanca , le 22/10/2022



compte rendu d'analyses

Dossier N° : 309741057 Pvt du: 22/10/2022 7:59

Nom : Mr AMIINI Abdenbi

Age : 59 ans

Demandé par Dr : MAMOU NAOUFAL

Page : 1/1

HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION GLOBULAIRE

Erythrocytes	:	4,37	M/mm ³	(4,28 - 6)	4,30 (08/10/22)
Hémoglobine	:	14,40	g/dl	(13 - 18)	13,80 (08/10/22)
Hématocrite	:	42,80	%	(39 - 53)	41,40 (08/10/22)
VGM	:	97,94	fL	(78 - 98)	96,28 (08/10/22)
TCMH	:	32,95	pg	(26 - 34)	32,09 (08/10/22)
CCMH	:	33,64	g/dl	(31 - 36)	33,33 (08/10/22)
Leucocytes	:	5 700	/mm ³	(4000 - 10000)	5 000 (08/10/22)
Plaquettes	:	216 000	/mm ³	(150000 - 400000)	252 000 (08/10/22)

Taux de plaquettes vérifié sur frottis sanguin

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	:	50,0 %	Soit 2850,00 /mm ³	(2000 - 7500)	2720 (08/10/22)
Polynucléaires Eosinophiles	:	2,3 %	Soit 131,00 /mm ³	(Inférieur à 400)	100 (08/10/22)
Polynucléaires Basophiles	:	0,7 %	Soit 40,00 /mm ³	(Inférieur à 150)	5 (08/10/22)
Lymphocytes	:	38,0 %	Soit 2166,00 /mm ³	(1500 - 4000)	1720 (08/10/22)
Monocytes	:	9,0 %	Soit 513,00 /mm ³	(200 - 800)	455 (08/10/22)
Etude du frottis sur lame	:	La formule leucocytaire est contrôlée sur frottis sanguin.			

ENZYMOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

TRANSAMINASES

SGOT (Aspartate Aminotransférase)	:	20	UI/l	(Inférieur à 35)	26 (08/10/22)
SGPT (Alanine Aminotransférase)	:	16	UI/l	(Inférieur à 45)	44 (12/09/22)
SGPT (Alanine Aminotransférase)	:	16	UI/l	(Inférieur à 45)	17 (08/10/22)
SGPT (Alanine Aminotransférase)	:	16	UI/l	(Inférieur à 45)	19 (12/09/22)

Demande validée biologiquement par Dr. Houda OTHMANI

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