

# 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 |

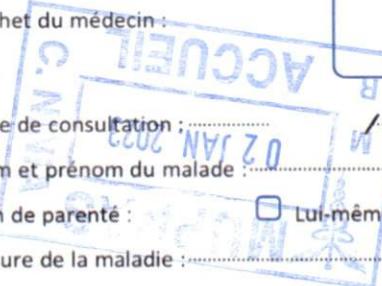
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-713708

243203

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>A</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>			
Matricole : <b>11232</b>		Société : <b>RAM</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Actif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre :</b> <b>HANKRIN</b>	
Nom & Prénom : <b>HANKRIN Dohaneb</b>			
Date de naissance : <b>12-09-1966</b>			
Adresse : <b>BD 6 HAZZA Ain chokh</b>			
Résidence <b>Amira 38</b>			
Tél. : <b>0662763468</b> Total des frais engagés :			

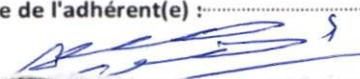
**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	
Cachet du médecin:	
	
Date de consultation :	02 JAN 2023
Nom et prénom du malade :	<b>HANKRIN Dohaneb</b>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> <b>Lui-même</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Conjoint</b> <input type="checkbox"/> <b>Enfan</b>
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'atté de l'adherent(e) : <b>RAM</b>	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

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 : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cache et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/12/82	B 80	10000

## AUXILIAIRES MEDICAUX

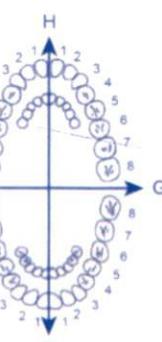
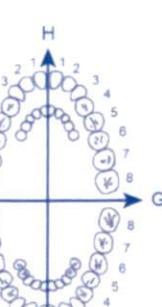
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			
	$  \begin{array}{c c}  H & 25533412 & 21433552 \\  \hline  D & 00000000 & 00000000 \\  & 00000000 & 00000000 \\  & 35533411 & 11433553 \\  \hline  B & &   \end{array}  $ <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**Docteur BESRI Rabéa**  
**MÉDECINE GÉNÉRALE**

Diplômée en Echographie  
de la Faculté de Médecine de Paris  
**GYNÉCOLOGIE MÉDICALE**  
Médecine de Travail  
Médecin Expert Assermentée  
Auprès des Tribunaux

786, Bd El Qods - Mandarona - Aïn Chok  
Casablanca - Tél : 05 22 50 11 82

**الدكتورة بصري ديبعة**  
**الطب العام**

اختصاصية في الفحص بالصدى  
خريجة كلية الطب بباريس  
أمراض النساء  
طب الشغل  
طبية محايدة لدى المحاكم

786، شارع القدس - منظرنا - عين الشق  
الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 50 11 82

الدار البيضاء، في

..... 17 NOV 2022

n°: ASSEN LIA 2 Latifa.

B/C = Thomboskopie à 563000  
le 8. nov. 22.

référée rfs ayé effect

dans 1 mois

Laboratoire Othmani  
Latifa ASSEMLAL

88260462



BESRI RABIA  
Médicale Echographie  
Générale Gynéologie  
El Qods Aïn Chok Casablanca  
05 22 50 11 82

Dr. Houda Othmani - Biologiste  
N°2, Bd El Qods - Aïn Chok - Casablanca  
Laboratoire Othmani - MEDICALS  
Tél: 05 22 21 22 39  
N°P: 093061596  
Centre Othmani - Casablanca  
Bd El Qods - Aïn Chok - Casablanca  
786, Bd El Qods - Aïn Chok - Casablanca

# 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 : 2022-6811

Édité le : 12/12/2022

Patient : Mme ASSEMLAL Latifa

Date prélèvement : 12/12/2022

N° Dossier : 88260462

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION GLOBULAIRE APRES EFFORT	80	107,20
<b>Total B</b>	<b>80</b>	<b>107,20</b>
APB	1,0	15,00
<b>Majoration de garde</b>		
<b>Total</b>		<b>80,00</b>

Dr. Houda Othmani - Biologiste  
Laboratoire Othmani - Casablanca  
N°2, Bd El Qods - Quartier Omaria  
Tél: 0522212211 - Fax: 0522212239  
E-mail: othmani.laboratoire@gmail.com



# LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES

## مختبر عثماني للتحاليل الطبية

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



Casablanca , le 12/12/2022

### Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 88260462      PVT du: 12/12/2022 10:03

Nom : Mme ASSEMLAL Latifa

Age : 52 ans

Demandé par Dr : BESRI RABEA

Page : 1/1

#### HEMATOLOGIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
<b>NUMERATION GLOBULAIRE APRES EFFORT</b>			
Erythrocytes	:	4,40 M/mm <sup>3</sup>	( 3,8 - 5,9 )
Hemoglobine	:	13,70 g/dl	( 11,5 - 17,5 )
Hématocrite	:	41,50 %	( 34 - 53 )
VGM	:	94,32 fL	( 76 - 96 )
TCMH	:	31,14 pg	( 24 - 34 )
CCMH	:	33,01 g/dl	( 30 - 36 )
Leucocytes	:	5 810 /mm <sup>3</sup>	( 4000 - 10000 )
Plaquettes	:	450 000 /mm <sup>3</sup>	( 150000 - 450000 )
<b>FORMULE LEUCOCYTAIRE</b>			
Polynucléaires Neutrophiles	:	56,0 % Soit 3254,00 /mm <sup>3</sup>	( 2000 - 7500 )
Polynucléaires Eosinophiles	:	2,4 % Soit 139,00 /mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 400 )
Polynucléaires Basophiles	:	1,2 % Soit 70,00 /mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 150 )
Lymphocytes	:	35,7 % Soit 2074,00 /mm <sup>3</sup>	( 1500 - 4000 )
Monocytes	:	4,7 % Soit 273,00 /mm <sup>3</sup>	( 200 - 800 )
Etude du frottis sur lame	:	La formule leucocytaire est contrôlée sur frottis sanguin.	

Demande validée biologiquement par Dr. Houda OTHMANI

Dr. Houda OTHMANI  
LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES  
N°2, Bd El Qods, Quartier Omaria, Ain Chock - CASABLANCA  
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39  
E-mail: othmani.laboratoire@gmail.com

Nous vous rappelons de votre obligation  
Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Adresse : N°2 Bd El Qods, Quartier Omaria, Ain Chock - Casablanca  
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39 - Gsm: 06 62 27 99 69 / 02 67 78 76 75 - E-mail: othmani.laboratoire@gmail.com - Site web: www.othmanilab.ma