

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6412

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Amin ABDELB

3.8.1963

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0285 Total des frais engagés : 250 + 180 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : CASABLANCA

Le : 10.12.2023

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIographies**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10.01.23	B180	180,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

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

Dr. Naoufal MAMOU  
Oncologue - Radiothérapeute  
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

28/12/2022

Facture N°: FC2212001685

Mr. AMINI ABDENBI

Acte : Consultation

Prix : 250 Dhs

Signature

Dr. NAOUFAL MAMOU  
Centre International d'Oncologie Casablanca  
Boulevard de l'Oasis, 4, Casablanca  
Tél. : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74  
E-mail : info@ciocasablanca.ma  
Site web : www.ciocasablanca.ma



AKDITAL

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

Dr. Naoufal MAMOU  
Oncologue - Radiothérapeute  
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

28/12/2022

## MR. AMINI ABDENBI

NFS

## TRANSAMINASES HEPATIQUES

Laboratoire Othmani  
Abdenbi AMIINI  
309740366

4. route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca

Tél. : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : info@ciocasablanca.ma

Site web : [www.ciocasablanca.ma](http://www.ciocasablanca.ma)

# 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 : 2023-0189

Édité le : 10/01/2023

Patient : Mr AMIINI Abdenbi

Date prélèvement : 10/01/2023

N° Dossier : 309740366

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

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES  
Dr. Houda OTHMANI - N°2 Res El Qods - Casablanca  
Tél: 0522212211 - Fax: 0522212239  
Type: 093061596  
N°2, Bd El Qods, Casablanca  
Quartier Omaria, Ain Chock - Casablanca  
Tél: 0522212211 - Fax: 0522212239  
Type: 093061596



Casablanca , le10/01/2023

## Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 309740366 Pvt du: 10/01/2023 7:45

**Nom :Mr AMIINI Abdenbi**

Age : 59 ans

Demandé par Dr : MAMOU NAOUFAL

Page : 1 / 1

## HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE		Valeurs Usuelles		Antériorité
Erythrocytes	: 4,07	M/mm <sup>3</sup>	( 4,28 - 6 )	4,80 (17/12/22)
Hémoglobine	: 13,50	g/dl	( 13 - 18 )	15,60 (17/12/22)
Hématocrite	: 39,00	%	( 39 - 53 )	46,80 (17/12/22)
VGM	: 95,82	fL	( 78 - 98 )	97,50 (17/12/22)
TCMH	: 33,17	pg	( 26 - 34 )	32,50 (17/12/22)
CCMH	: 34,62	g/dl	( 31 - 36 )	33,33 (17/12/22)
Leucocytes	: 3 770	/mm <sup>3</sup>	( 4000 - 10000 )	4 400 (17/12/22)
Plaquettes	: 150 000	/mm <sup>3</sup>	( 150000 - 400000 )	172 000 (17/12/22)
FORMULE LEUCOCYTAIRE				
Polynucléaires Neutrophiles	: 49,6 %	Soit 1870,00 /mm <sup>3</sup>	( 2000 - 7500 )	1496 (17/12/22)
Polynucléaires Eosinophiles	: 2,2 %	Soit 83,00 /mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 400 )	88 (17/12/22)
Polynucléaires Basophiles	: 1,3 %	Soit 49,00 /mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 150 )	44 (17/12/22)
Lymphocytes	: 33,7 %	Soit 1270,00 /mm <sup>3</sup>	( 1500 - 4000 )	2108 (17/12/22)
Monocytes	: 13,2 %	Soit 498,00 /mm <sup>3</sup>	( 200 - 800 )	664 (17/12/22)
Etude du frottis sur lame	:	La formule leucocytaire est contrôlée sur frottis sanguin.		

## ENZYMOLOGIE

			Valeurs Usuelles	Antériorité
<b>TRANSAMINASES</b>				
SGOT ( Aspartate Aminotransférase )	:	25 UI/l	( Inférieur à 35 )	24 (17/12/22) 24 (03/12/22) ~~~
SGPT ( Alanine Aminotransférase )	:	22 UI/l	( Inférieur à 45 )	21 (17/12/22) 17 (03/12/22)

Demande validée biologiquement par Dr. Houda OTHMANI

Prélèvement à domicile sur rendez-vous