

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.

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

M22- 0007503

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1735 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AFRANI Bouchaib
 Date de naissance : 02/06/2023
 Adresse : 137, Lot Haj Fatch N° 5 Oulfa
 Tél. 06 66 19 86 24 Total des frais engagés : 400 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 10/07/2023
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Oujda Le : 12/07/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0007503

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1735
 Nom de l'adhérent(e) : AFRANI Bouchaib
 Total des frais engagés : 400 Dhs
 Date de dépôt : 12/07/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
18-2-19	L		L	Dr. Abdellah JAMAI SPECIALISTE NEPHROLOGIE MALADIES DES REINS - HEMODIALYSE 35, Bd Med Benkhedja - OUJDA TEL: 0536 712 829 / 0536 710 900 FAX: 05 36 71 09 00

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
LABORATOIRE MEDICAL D'ANALYSES Tel: 05 36 69 69 96	22/05/2013	(B330) 400 dh INP 08 300 2182	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				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													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION



مختبر الرحمانى للتحليلات الطبية

LABORATOIRE RAHMANI D'ANALYSES MEDICALES

Facture n° 3EVI0020

Analyses effectuées le: 22/05/2023

Pour.....: **Mme ABDALLAOUI TOURIA**

Sur prescription du: Dr JAMAI

Code.....: 2CM9087



Organisme.....: **C.N.A.M**

Examen:

CREAT	NA	K	UREE	AU	NFS
HBGLY	30	30	30	30	50
10					

Cotation : (B 330)

Montant Net : 400.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

QUATRE CENTS Dhs 00 Cts

Dr RAHMANI
LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES
Tél. : 05 36 69 69 96

LABORATOIRE

2F 2010017

Dr RAHMANI
LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES
Tél. : 05 36 69 69 96

Biochimie, Immunologie, Hématologie, Bactériologie, Parasitologie

Bd. Zerkouni (Résid. Zerkouni) - OUJDA. شارع الزرقطوني (إقامة الزرقطوني) - وجدة.

Tél.: 05 36 69 69 96 - Tél./Fax: 05 36 68 81 33 - E-mail: labo.rahmani@gmail.com - R. C. : 48488 - T. P. : 1010026

ICE: 001647920000060 - INP: 083002188 - I.F.: 10100170



مختبر الرحمانى للتحليلات الطبية

LABORATOIRE RAHMANI D'ANALYSES MEDICALES

22/05/2023

Prélevé le : 22/05/2023 à : 09:00 2CM9087

Mme ABDALLAOUI TOURIA

C.N.A.M

083002188

Médecin: Dr. JAMAI

Matricule :

INP 083002188

Référence: 305221299

EXAMENS DE SANG BIOCHIMIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Créatinine..... :	37.5	mg/l (6 à 13)	
Soit.. :	331.9	μmol/l (52.8 à 114.4)	
Hémoglobine Glyquée HbA1C... :	8.4	% 4-6	
(Dosage par H.P.L.C)			
Urée..... :	0.98	g/l (0.15 à 0.45)	
Soit : :	16.3	mmol/l (2.5 à 7.5)	
Acide Urique..... :	82	mg/l (30 à 70)	
Sodium..... :	138	mmol/l (135 à 148)	
Potassium..... :	4.8	mmol/l (3.5 à 5.3)	



LABORATOIRE

Dr. RAHMANI
LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES
Tél.: 05 36 69 69 96

Biochimie, Immunologie, Hématologie, Bactériologie, Parasitologie

Bd. Zerkouni (Résid. Zerkouni) - OUJDA. شارع الزرقطوني (إقامة الزرقطوني) - وجدة.

Tél.: 05 36 69 69 96 - Tél./Fax: 05 36 68 81 33 - E-mail: labo.rahmani@gmail.com - R. C. : 48488 - T. P. : 10100026

ICE: 001647920000060 - INP: 083002188 - I.F.: 10100170



مختبر الرحمانى للتحليلات الطبية

LABORATOIRE RAHMANI D'ANALYSES MEDICALES

Bd. Zerkouni (Résid. Zerkouni) - Tél.: 05 36 69 69 96 - Tél./Fax: 05 36 68 81 33 - OUJDA.

Nom : ABDELLAOUI

22/05/2023

09:46:55

Prenon: TOURIA

N°Echant.: 1299

HEMATOLOGIE

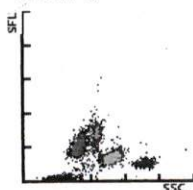
XT-4000i

Resultats :

valeurs normales :

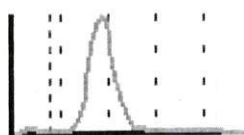
				N.né	enfant	femme	homme	unité
GR	3.59	[10 ⁶ /uL]		[4.5-7]	[4.10-5.20]	[4.00-5.50]	[4.40-5.50]	[10 ⁶ /uL]
HBG	10.7	[g/dL]		[17-20]	[11.5-15]	[11.5-15]	[14-16]	[g/dL]
HCT	32.7	[%]		[50-60]	[37-45]	[38-45]	[40-50]	[%]
VGM	91.1	[fL]		[90-120]	[78-88]	[85-95]	[85-95]	[fL]
TCMH	29.8	[pg]		[84-128]	[24-30]	[27-32]	[27-32]	[pg]
CCMH	32.7	[g/dL]		[26-38]	[32-36]	[32-36]	[32-36]	[g/dL]
IDR-CV	12.8	[%]		□	[11-16]	[11.5-14.5]	[11.5-14.5]	[%]
PLQ	220	[10 ³ /uL]		[200-350]	[200-400]	[200-400]	[200-400]	[10 ³ /uL]
VPM	11.6	[fL]		□	[7.8-11.1]	[11.5-14.5]	[7.2-11.1]	[fL]
GB	7.39	[10 ³ /uL]		[15-25]	[7-12]	[4-10]	[4-10]	[10 ³ /uL]
NEUT	38.8	[%]	2.87	[8-12]	[3.5-6]	[2-7]	[2-7]	[10 ³ /uL]
LYMPH	42.4	[%]	3.13	[5-8]	[3.5-5]	[0.9-5.2]	[0.9-5.2]	[10 ³ /uL]
MONO	11.9	[%]	0.88	[0.1-1]	[0.1-1]	[0.1-1]	[0.1-1]	[10 ³ /uL]
EO	6.6	[%]	0.49	[0.05-0.3]	[0.05-0.3]	[0.05-0.3]	[0.05-0.3]	[10 ³ /uL]
BASO	0.3	[%]	0.02	[0.01-0.05]	[0.01-0.05]	[0.01-0.05]	[0.01-0.05]	[10 ³ /uL]
IG	0.1	[%]	0.01	[0.00-0.00]	[0.00-0.00]	[0.00-0.00]	[0.00-0.00]	[10 ³ /uL]
RET		[%]		[0.5-4.8]	[0.2-0.8]	[0.3-0.8]	[0.3-0.8]	[%]

DIFF



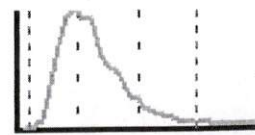
GB Message(s) IP

RBC



GR/RET Message(s) IP

PLT



PLQ Message(s) IP

Dr. RAHMANI
LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES
Tél.: 05 36 69 69 96