

# 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

M22- 0007503

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

■ Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1735 Société : RAT

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ATRANI Bouchaib 170496

Date de naissance : 02/06/2051

Adresse : 137, lot Haj Fath N° 5 oufou

Tél. 06 66 19 86 24 Total des frais engagés : 400 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Abdellah JAMA**  
SPECIALISTE NEPHROLOGIE  
MALADIES DES REINS - HEMODIALYSE  
35, Bd. Med Benhakdar - OUJDA  
TEL: 0536 712 829 / 0536 710 900  
FAX: 05 24 71 00 00

Date de consultation : 10/04/2018 Age :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : inflammation inflammation Pathologie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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 : 07 AOUT 2018

Signature de l'adhérent(e) : ATRANI Bouchaib 170496

## 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) : ATRANI Bouchaib

Total des frais engagés : 400 Dhs

Date de dépôt : 07 AOUT 2018

Autorisation CNPD N° : A-A215 / 2019

## 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
18-2-10 10/3	h	h	h	Dr. Abdellah JAMAL SPECIALISTE NEPHROLOGIE MALADIES DES REINS - HEMODIALYSE 35, Bd. Med Benakhdar - OUJDA TELE 0536 712 829 / 0536 710 900 FAXI 08 78 71 09 00

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Chaclet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>ORATOIRE DE MANI MEDICALS ANALYSES 61 : 08 33 69 69 96</i>	22/05/2023	(B3330)	400 dh

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[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



# مختبر الرحمنى للتحاليل الكبيرة

## 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:

HBGLY

CREAT

NA

30

K

UREE

30

AU

NFS

Cotation : (B 330 )

Dh

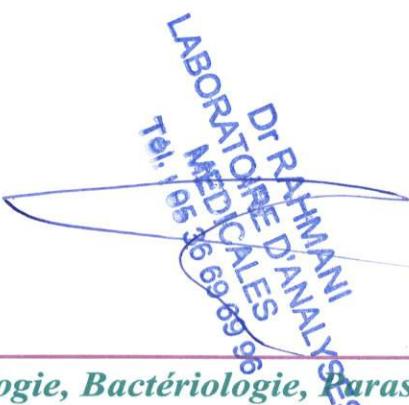
Montant Net : 400.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

QUATRE CENTS Dhs 00 Cts

LABORATOIRE

✓ N° 1010027



**Biochimie, Immunologie, Hématologie, Bactériologie, Parasitologie**

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

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 الرحماني للتحليقات الكمية

## LABORATOIRE RAHMANI D'ANALYSES MEDICALES

créé le : 22/05/2023 à: 09:00 2CM9087

22/05/2023

C.N.A.M

Mme ABDALLAOUI TOURIA

Matricule : \*083002188\* Médecin: Dr. JAMAI  
INP 083002188 Référence: 305221299

### EXAMENS DE SANG BIOCHIMIE

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

LABORATOIRE

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

*Biochimie, Immunologie, Hématologie, Bactériologie, Parasitologie*

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



Nom : ABDELLAOUI  
 Prenom: TOURIA  
 N°Echant.: 1299

22/05/2023 09:46:55

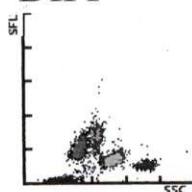
## HEMATOLOGIE XT-4000i

### Résultats :

### valeurs normales :

				N.né	enfant	femme	homme	unité
GR	3.59	[10 <sup>6</sup> /uL]		[4.5-7]	[4.10-5.20]	[4.00-5.50]	[4.40-5.50]	[10 <sup>6</sup> /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	[%]		0	[11-16]	[11.5-14.5]	[11.5-14.5]	[%]
PLQ	220	[10 <sup>3</sup> /uL]		[200-350]	[200-400]	[200-400]	[200-400]	[10 <sup>3</sup> /uL]
VPM	11.6	[fL]		0	[7.8-11.1]	[11.5-14.5]	[7.2-11.1]	[fL]
GB	7.39	[10 <sup>3</sup> /uL]		[15-25]	[7-12]	[4-10]	[4-10]	[10 <sup>3</sup> /uL]
NEUT	38.8	[%]	2.87	[10 <sup>3</sup> /uL]	[8-12]	[3.5-6]	[2-7]	[10 <sup>3</sup> /uL]
LYMPH	42.4	[%]	3.13	[10 <sup>3</sup> /uL]	[5-8]	[3.5-5]	[0.9-5.2]	[10 <sup>3</sup> /uL]
MONO	11.9	[%]	0.88	[10 <sup>3</sup> /uL]	[0.1-1]	[0.1-1]	[0.1-1]	[10 <sup>3</sup> /uL]
EO	6.6	[%]	0.49	[10 <sup>3</sup> /uL]	[0.05-0.3]	[0.05-0.3]	[0.05-0.3]	[10 <sup>3</sup> /uL]
BASO	0.3	[%]	0.02	[10 <sup>3</sup> /uL]	[0.01-0.05]	[0.01-0.05]	[0.01-0.05]	[10 <sup>3</sup> /uL]
IG	0.1	[%]	0.01	[10 <sup>3</sup> /uL]	[0.00-0.00]	[0.00-0.00]	[0.00-0.00]	[10 <sup>3</sup> /uL]
RET		[%]		[10 <sup>6</sup> /uL]	[0.5-4.8]	[0.2-0.8]	[0.3-0.8]	[%]

### DIFF



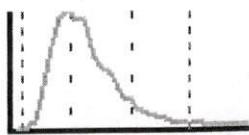
GB Message(s) IP

### RBC



GR/RET Message(s) IP

### PLT



PLQ Message(s) IP

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