

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

188099

M23- N° 0030308

Maladie

Dentaire

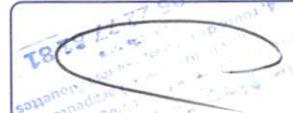
Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6412 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : Amine ABDELGH  
 Date de naissance : 28/11/1963  
 Adresse : halatine  
 Tél. : Total des frais engagés : 180 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 28/11/2023  
 Nom et prénom du malade : Amine ABDELGH Age:  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Néoplasme du Céphal.  
 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 : Casablanca Le : 28/11/2023

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
28.11.93	Ce	Cet		
26.11.93	Ce	Cet		

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22-11-2006	B380	MHD -

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

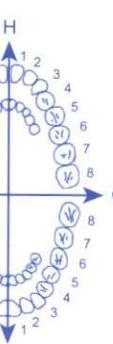
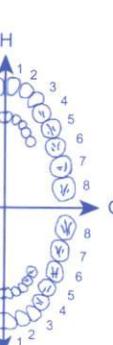
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>S. B. M. 100</i> <i>Aut. 100</i> <i>Tel: 022.52.55.73</i>	30.11.13	SAMN 2013 H = 100.00				

## **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'ODE.

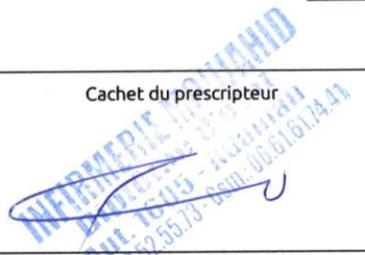
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{r rr}  & 25533412 & 21433552 \\  & 00000000 & 00000000 \\  \hline  D & 00000000 & 00000000 \\  & 35533411 & 11433553 \\  B & &  \end{array}  $			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

# ORDONNANCE

Cachet du prescripteur



Délivrée le : 30/11/23

Mme : AMINE ABDENBI

S A M A D Z O D H

100 DT

A large, handwritten signature is written over a blue ink stamp. The stamp contains the text "INSTITUT DE SANTE" and "Tel: 022.52.55.73 - GSM: 00.61.61.74.41". The signature is a long, fluid line.



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.....

**24/11/2023**

**MR. AMINI ABDENBI**

NFS

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca  
Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74  
E-mail : info@ciocasablanca.ma  
Site web : www.ciocasablanca.ma  
IF : 14402100 - ICE : 001645198000028



# LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES

## مختبر عثماني للتحاليل الطبية

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



Casablanca , le 30/11/2023

### Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 309741364      Pv du: 27/11/2023 11:26

Nom : Mr AMINI Abdennabi

Age : 60 ans

Demandé par Dr : MAMOU NAOUFAL

Page : 1 / 1

#### HEMATOLOGIE

##### NUMERATION GLOBULAIRE

			Valeurs Usuelles	Antériorité
Erythrocytes	:	4,99	M/mm <sup>3</sup>	( 4,28 - 6 )
Hémoglobine	:	16,10	g/dl	( 13 - 18 )
Hématocrite	:	50,00	%	( 39 - 53 )
VGM	:	100,20	fL	( 78 - 98 )
TCMH	:	32,26	pg	( 26 - 34 )
CCMH	:	32,20	g/dl	( 31 - 36 )
Leucocytes	:	4 230	/mm <sup>3</sup>	( 4000 - 10000 )
Plaquettes	:	249 000	/mm <sup>3</sup>	( 150000 - 400000 )

##### FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	:	55,2 %	Soit 2335,00 /mm <sup>3</sup>	( 2000 - 7500 )	1262 (23/11/23)
Polynucléaires Eosinophiles	:	7,5 %	Soit 317,00 /mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 400 )	110 (23/11/23)
Polynucléaires Basophiles	:	0,9 %	Soit 38,00 /mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 150 )	13 (23/11/23)
Lymphocytes	:	24,3 %	Soit 1028,00 /mm <sup>3</sup>	( 1500 - 4000 )	842 (23/11/23)
Monocytes	:	12,1 %	Soit 512,00 /mm <sup>3</sup>	( 200 - 800 )	333 (23/11/23)

##### Etude du frottis sur lame

La formule leucocytaire est contrôlée sur frottis sanguin.

Demande validée biologiquement par Dr. Houda OTHMANI

Tél: 05 22 21 22 39 - Téle: 05 22 21 22 39  
Quartier Omaria - Ain Chock - Casablanca  
N°2, Bd El Qods - Résidence El Qods  
Dr. Houda Othmani - Biologie clinique  
LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES

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

Adresse : N°2 Res El Qods, Bd El Qods Quartier Othmani, Ain Chock - Casablanca

Tél: 0522 21 22 11 - Fax : 0522 21 22 39 - Gsm : 0662 27 99 66 / 0767 78 76 75 - E-mail : othmani.laboratoire@gmail.com - Site web : www.othmanilab.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 : 2023-7032

Edité le : 30/11/2023

Patient : Mr AMINI Abdenbi

Date prélèvement : 27/11/2023

N° Dossier : 309741364

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION GLOBULAIRE	80	96,00
Total B	80	96,00
APB	1,0	0,00
Majoration de garde		
Total		80,00

Dr. Houda OTHMANI  
N°2, Bd El Qods, Casablanca  
Tél : 0522212211 - Fax : 0522212239  
Laboratoire OTHMANI D'ANALYSES  
Dr. Houda OTHMANI - Laboratoire  
N°2, Bd El Qods, Casablanca  
Tél : 0522212211 - Fax : 0522212239  
Laboratoire OTHMANI D'ANALYSES

237  
CA