

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

- 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



1788099

Déclaration de Maladie

M23- N° 0030308

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6412 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AMINI ABDELRAHMAN
 Date de naissance : 3.8.1963
 Adresse : habituelle
 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 : AMINI ABDELRAHMAN Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Neoplasme du col de l'utérus
 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) :

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
28/11/93		Ce	et	
26/11/93		Ce	et	


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
	27/11/23	B80	80000

AUXILIAIRES MEDICAUX

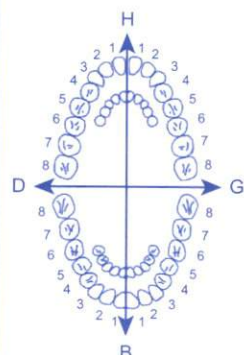
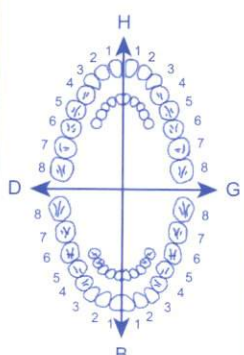
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	30/11/23	SAM x 20 H = 100 SH				

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 canalaires, 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>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

M^{me} :

AMINE ABDENBI

5 AM 220DH

100 D14





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.....

24/11/2023

MR. AMINI ABDENBI

NFS

LABORATOIRE d'ANALYSES
Dr. Houda Ouhmani - Biologiste
N°2, Bd El Qods, Résidence El Qods
Quartier Omnia - Ain Chock - CASABLANCA
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39
IMPR: 093061556

Dr. Naoufal MAMOU
Oncologue - Radiothérapeute
Centre International d'Oncologie Casablanca
4, route de l'Oasis, rue des Alouettes
Tél: 05 22 77 81 81

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 عثمانى للتحاليل الطبية

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



Casablanca, le 30/11/2023

Compte rendu d'analyses



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

Nom : Mr AMINI Abdenbi

Age : 60 ans

Demandé par Dr : MAMOU NAOUFAL

Page : 1/1

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Erythrocytes	: 4,99 M/mm ³	(4,28 - 6)	4,46 (23/11/23)
Hémoglobine	: 16,10 g/dl	(13 - 18)	14,40 (23/11/23)
Hématocrite	: 50,00 %	(39 - 53)	44,30 (23/11/23)
VGM	: 100,20 fL	(78 - 98)	99,33 (23/11/23)
TCMH	: 32,26 pg	(26 - 34)	32,29 (23/11/23)
CCMH	: 32,20 g/dl	(31 - 36)	32,51 (23/11/23)
Leucocytes	: 4 230 /mm ³	(4000 - 10000)	2560 (23/11/23)
Plaquettes	: 249 000 /mm ³	(150000 - 400000)	215 000 (23/11/23)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

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

Dr. Houda Othmani - Biologiste
LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES
N°2, Bd El Qods, Résidence El Qods
Quartier Omariya - Ain Chock - CASABLANCA
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39
INPR: 093061596

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

Laboratoire OTHMANI D'Analyses Médicales

Dr. Houda OTHMANI

N°2 Res El Qods, Bd El Qods Quartier Omara, 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

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES
Dr. Houda OTHMANI - Biologiste
N°2, Bd El Qods, Résidence El Qods
Quartier Omara, Ain Chock - CASABLANCA
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39

22/11/23