

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 canaux, 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 canaux.

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.

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

M23- N° 0030318

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6412 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AMIN: ABDENB.

Date de naissance : 3-8-1963

Adresse : marocaine

Tél. 06/85 12744 Total des frais engagés : 250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/02/2024

Nom et prénom du malade : AMIN: ABDENB. Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Néphrosi cèle

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 : 06/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

PR4FR05/V2/20-10-2023

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
08/02/24		CS	CS	

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
Dr. Houda El Qods N°2, BA El Qods Quartier Maria - Aïn Chock Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 12 N°PE: 0920510101	08/02/24	B 180	180,000H

AUXILIAIRES MEDICAUX

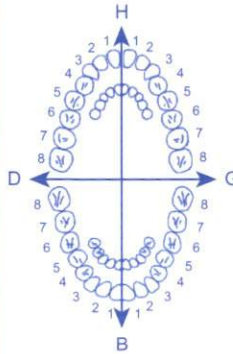
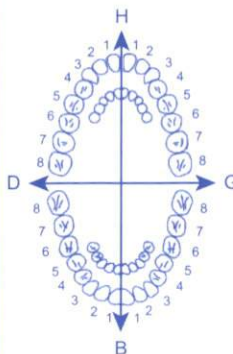
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	08/02/24	SAM d 2 SH =				100 DH

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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

ORDONNANCE

Cachet du prescripteur

Délivrée le :

10/2/24

M^{me} :

AMINI ABDENBI

SAM 20SH

100SH

INTENSITE MOUJAHID
Aut. 1695 - Adnan
Tel: 022.52.55.73 - GSM: 99.61.61.74.41

08/02/2024 -

MR. AMINI ABDENBI

Analyses : NFS ASAT ALAT

LABORATOIRE MEDICAL - Biologiste
Houda Othmani - Biologiste
05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 35
INPR: 003061506
Bd El Qods - Residence El Qods
Quartier Omnia - Ain Chock - CASABLANCA


Dr. Houda Othmani
Centre International d'Oncologie Casablanca
Oncologie - Radiothérapie
4, route de l'Oasis, rue des Alouettes
Casablanca
Tél: 05 22 77 82 28 - Fax: 05 22 99 65 74

Laboratoire OTHMANI D'Analyses Médicales

Dr. Houda OTHMANI

N°2 Res El Qods, Bd El Qods Quartier Omars, Ain Chock - Casablanca
Tél : 0522212211 - Fax : 0522212239 - E-mail : othmani.laboratoire@gmail.com

Facture



N° facture : 2024-1182

Edité le : 21/02/2024

Patient : Mr AMINI Abdenbi

Date prélèvement : 21/02/2024

N° Dossier : 309741214

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION GLOBULAIRE	80	107,20
ASAT (Aspartate Aminotransférase) SGOT	50	67,00
ALAT (Alanine Aminotransférase) SGPT	50	67,00

Total B	180	241,20
APB	1,0	15,00
Majoration de garde		
Total		150,00

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



LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES

مختبر عثمانى للتحاليل الطبية

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



Casablanca , le 21/02/2024

Compte rendu d'analyses



Dossier N° : 309741214 Pvt du: 21/02/2024 8:15

Nom : Mr AMINI Abdenbi

Age : 60 ans

Demandé par Dr : MAMOU NAOUFAL

Page : 1/1

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE

Valeurs Usuelles

Antériorité

Erythrocytes	:	4,60	M/mm ³	(4,28 - 6)	4,59 (07/02/24)
Hémoglobine	:	14,30	g/dl	(13 - 18)	14,40 (07/02/24)
Hématocrite	:	44,30	%	(39 - 53)	46,10 (07/02/24)
VGM	:	96,30	fL	(78 - 98)	100,44 (07/02/24)
TCMH	:	31,09	pg	(26 - 34)	31,37 (07/02/24)
CCMH	:	32,28	g/dl	(31 - 36)	31,24 (07/02/24)
Leucocytes	:	3 750	/mm ³	(4000 - 10000)	4960 (07/02/24)
Plaquettes	:	296 000	/mm ³	(150000 - 400000)	293 000 (07/02/24)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	:	56,0 %	Soit 2100,00 /mm ³	(2000 - 7500)	2807 (07/02/24)
Polynucléaires Eosinophiles	:	3,8 %	Soit 143,00 /mm ³	(Inférieur à 400)	357 (07/02/24)
Polynucléaires Basophiles	:	0,2 %	Soit 8,00 /mm ³	(Inférieur à 150)	30 (07/02/24)
Lymphocytes	:	28,7 %	Soit 1076,00 /mm ³	(1500 - 4000)	1076 (07/02/24)
Monocytes	:	11,3 %	Soit 424,00 /mm ³	(200 - 800)	689 (07/02/24)

Etude du frottis sur lame

La formule leucocytaire est contrôlée sur frottis sanguin.

ENZYMOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

SGOT (Aspartate Aminotransférase)	:	48	UI/l	(Inférieur à 35)	47 (07/02/24) 48 (09/01/24)
SGPT (Alanine Aminotransférase)	:	44	UI/l	(Inférieur à 45)	45 (07/02/24) 43 (09/01/24)

Demande validée biologiquement par Dr. Houda OTHMANI

Vous sous remercions de votre confiance
Prélèvement à domicile sur rendez-vous