

## 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0042787

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6412 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AM. N. ABDE N. B.  
 Date de naissance : 3. 8. 1963  
 Adresse : habituelle  
 Tél. : 9085 Total des frais engagés : 216,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : / /  
 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 : Casablanca Le : 8. 12. 2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0042787

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 : 6412  
 Nom de l'adhérent(e) : AM. N. ABDE N. B.  
 Total des frais engagés : 216,00  
 Date de dépôt : 8. 12. 2022



## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Houari MEDJANI - Biologiste Laboratoire Médical - CASABLANCA N° 22 21 21 11 - Fax: 05 22 21 21 11 N° 22 21 21 11 - Fax: 05 22 21 21 11	03/12/92	B 180	216100pt

## 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 :

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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</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>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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 : 2022-6651

Edité le : 03/12/2022

Patient : Mr AMIINI Abdenbi

Date prélèvement : 03/12/2022

N° Dossier : 309740101

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION GLOBULAIRE	80	96,00
TRANSAMINASES	100	120,00
<b>Total B</b>	180	216,00
<b>APB</b>	1,0	0,00
<b>Majoration de garde</b>		
<b>Total</b>		216,00

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES  
MEDICALES  
*Dr. Houda Othmani - Biologiste*  
N°2, Bd El Qods, Résidence El Qods  
Quartier Omaria - 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 03/12/2022

### Compte rendu d'analyses



Dossier N° : 309740101 Pvt du: 03/12/2022 9:03

Nom : Mr AMIINI Abdenbi

Age : 59 ans

Demandé par Dr : MAMOU NAOUFAL

Page : 1/1

### HEMATOLOGIE

#### NUMERATION GLOBULAIRE

			Valeurs Usuelles	Antériorité
Erythrocytes	:	4,70 M/mm <sup>3</sup>	( 4,28 - 6 )	4,70 (19/11/22)
Hémoglobine	:	14,60 g/dl	( 13 - 18 )	15,50 (19/11/22)
Hématocrite	:	45,60 %	( 39 - 53 )	47,60 (19/11/22)
VGM	:	97,02 fL	( 78 - 98 )	101,28 (19/11/22)
TCMH	:	31,06 pg	( 26 - 34 )	32,98 (19/11/22)
CCMH	:	32,02 g/dl	( 31 - 36 )	32,56 (19/11/22)
Leucocytes	:	5 100 /mm <sup>3</sup>	( 4000 - 10000 )	5 300 (19/11/22)
Plaquettes	:	197 000 /mm <sup>3</sup>	( 150000 - 400000 )	189 000 (19/11/22)

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	:	40,7 % Soit 2076,00 /mm <sup>3</sup>	( 2000 - 7500 )	2544 (19/11/22)
Polynucléaires Eosinophiles	:	2,2 % Soit 112,00 /mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 400 )	85 (19/11/22)
Polynucléaires Basophiles	:	1,0 % Soit 51,00 /mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 150 )	27 (19/11/22)
Lymphocytes	:	48,4 % Soit 2468,00 /mm <sup>3</sup>	( 1500 - 4000 )	2168 (19/11/22)
Monocytes	:	7,7 % Soit 393,00 /mm <sup>3</sup>	( 200 - 800 )	477 (19/11/22)

Etude du frottis sur lame : La formule leucocytaire est contrôlée sur frottis sanguin.

### ENZYMOLOGIE

#### TRANSAMINASES

			Valeurs Usuelles	Antériorité
SGOT ( Aspartate Aminotransférase )	:	24 UI/l	( Inférieur à 35 )	24 (19/11/22) 32 (05/11/22)
SGPT ( Alanine Aminotransférase )	:	17 UI/l	( Inférieur à 45 )	19 (19/11/22) 14 (05/11/22)

Demande validée biologiquement par Dr. Houda OTHMANI

Dr. Houda OTHMANI  
N°2, Bd El Qouda, Résidence El Qouda  
Casablanca - Maroc  
Tél: 05 22 21 22 75  
MAMOU NAOUFAL - Biologiste

21/11/2022

**MR. AMINI ABDENBI**

NFS

TRANSAMINASES HEPATIQUES



**Dr. Mohamed MAMOU**  
Centre International d'Oncologie  
de Casablanca  
Laboratoire - Radiothérapie  
4, rue de l'Oasis, Rue des Alouettes - Casablanca  
Tél : 05 22 77 81 81