

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- 0042784

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6412

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AMINI ABDEMBI

Date de naissance : 3.8.1963

Adresse : habituelle

Tél. : 9085

Total des frais engagés : 256,20

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 : 1 DEC 2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0042784

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) : AMINI

Total des frais engagés : 256,20

Date de dépôt : 1 DEC 2022

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| 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 et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 19.11.22 | B1580 | 256,20 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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.

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|------------------|--|--|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|--|
| | | | | 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> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table> | | | H | | H | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | | D | | G | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | | B | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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

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 : 2022-6514

Edité le : 24/11/2022

Patient : Mr AMINI Abdenbi

Date prélèvement : 19/11/2022

N° Dossier : 309740992

| Analyses | Valeur en B | Montant |
|-----------------------|-------------|---------|
| NUMERATION GLOBULAIRE | 80 | 107,20 |
| TRANSAMINASES | 100 | 134,00 |
| Total B | 180 | 241,20 |
| APB | 1,0 | 15,00 |
| Majoration de garde | | |
| Total | | 256,20 |

Dr. Houda OTHMANI D'ANALYSES
N°2, Bd El Qods Quartier Omara - Ain Chock - CASABLANCA
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39
INPE: 093061596
BIOLOGISTE



LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES

مختبر عثمانى للتحاليل الطبية

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



Casablanca , le 19/11/2022

Compte rendu d'analyses



Dossier N° : 309740992 Pvt du: 19/11/2022 8:41

Nom : Mr AMINI Abdenbi

Age : 59 ans

Demandé par Dr : MAMOU NAOUFAL

Page : 1 / 1

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE

| | | | Valeurs Usuelles | Antériorité |
|--------------|---|--------------------------|---------------------|--------------------|
| Erythrocytes | : | 4,70 M/mm ³ | (4,28 - 6) | 4,50 (05/11/22) |
| Hémoglobine | : | 15,50 g/dl | (13 - 18) | 14,70 (05/11/22) |
| Hématocrite | : | 47,60 % | (39 - 53) | 45,40 (05/11/22) |
| VGM | : | 101,28 fL | (78 - 98) | 100,89 (05/11/22) |
| TCMH | : | 32,98 pg | (26 - 34) | 32,67 (05/11/22) |
| CCMH | : | 32,56 g/dl | (31 - 36) | 32,38 (05/11/22) |
| Leucocytes | : | 5 300 /mm ³ | (4000 - 10000) | 5 000 (05/11/22) |
| Plaquettes | : | 189 000 /mm ³ | (150000 - 400000) | 172 000 (05/11/22) |

FORMULE LEUCOCYTAIRE

| | | | | |
|-----------------------------|---|--------------------------------------|---------------------|-----------------|
| Polynucléaires Neutrophiles | : | 48,0 % Soit 2544,00 /mm ³ | (2000 - 7500) | 2510 (05/11/22) |
| Polynucléaires Eosinophiles | : | 1,6 % Soit 85,00 /mm ³ | (Inférieur à 400) | 100 (05/11/22) |
| Polynucléaires Basophiles | : | 0,5 % Soit 27,00 /mm ³ | (Inférieur à 150) | 50 (05/11/22) |
| Lymphocytes | : | 40,9 % Soit 2168,00 /mm ³ | (1500 - 4000) | 1965 (05/11/22) |
| Monocytes | : | 9,0 % Soit 477,00 /mm ³ | (200 - 800) | 375 (05/11/22) |

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) | 32 (05/11/22) 20 (22/10/22) ~~~ |
| SGPT (Alanine Aminotransférase) | : | 19 UI/l | (Inférieur à 45) | 14 (05/11/22) 16 (22/10/22) ~~~ |

Demande validée
Demandeur : M. Mamou Naoufal
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
N°1, Bd El Qods, Résidence El Qods
Quartier Omariya - Ain Chock - CASABLANCA
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39
LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES
Houda OTHMANI

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Casablanca, le 7/11/22.

Dr AMINI Abdenbi

NFS

ASAT, ALAT

Dr. Houma Othmani - Biologiste
LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES
MEDICALES
No 2, Bd El Oud - Résidence El Oud
Quartier Oud - Aïd Chouk - CASABLANCA
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39
ENPB: 093061396

Laboratoire Othmani

Abdenbi AMINI

309740992

