

## 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-573047

54 668

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12312	Société : Royal Air Maroc		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : AIT ALI OMAR			
Date de naissance : 16/07/1984			
Adresse : 38 Lot ARSET LEKBIR RES DAR CHAIMA			
Tél. : 061739776	Total des frais engagés : 339,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           Dr Rachid AIT ALI            86 bis Rue 12 Alfadil            20100 Casablanca         </div>			
Date de consultation : 08/10/2020	Age:		
Nom et prénom du malade : EL MASKI Sara			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Cézor purpura			
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

Signature de l'adhérent(e) :

QH

2021  
ACCUEIL

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
08/10/2020	CST	C1	150,00	INP : 0911633J2 Dr Rashid AIT ALI B6 BP 254 Casablanca 20180 Casablanca

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																	
Le praticien est prie de preciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3">G</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
G																	
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>															
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>															
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>															
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>															

# Dr. Rachid AIT ALI

Omnipraticien

Diabète et Nutrition médicale

Gériatrie

Petite Chirurgie (Peau et Ongles)

Allergies et Urgences

Université Claude BERNARD - Lyon (France)

Échographie - ECG - Aerosolthérapie.

دكتور رشيد أيت علي

طبيب

علاج السكري والتغذية الصحية

أمراض الشخوخة

جراحة الجلد والأظافر

الحساسية وطب المستعجلات

خريج جامعة كلود برنار بليون (فرنسا)

الفحص بالصدى . التخطيط الكهربائي للقلب . العلاج التنفسى .

Casablanca le : 08/10/2020

Mme EL MASKI Sana

Biologie

D - NFS, PP

γ - TP-TCA

Dr Rachid AIT ALI  
Bis Rue 12 Hay al-Fadl  
Casablanca  
Tél: 05 22 21 22 39  
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39  
Courriel: DrAITALI@YAHOO.FR  
N° de Bi-Ordre: Ain Chock - CASABLANCA  
D. A. d'OMMADANI MEDICALS - BIOLABES



# LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES

## مختبر عثمانى للتحاليل الطبية

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



Casablanca, le 12/10/2020

### Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 154260561 Pvt du: 12/10/2020 8:47

Nom : Mme EL MASKI Sara

Age : 33 ans

Demandé par Dr : AIT ALI RACHID

Page : 1/1

### HEMATOLOGIE

	Valeurs Usuelles	Antériorité
--	------------------	-------------

#### NUMERATION GLOBULAIRE

Erythrocytes	:	4,46 M/mm <sup>3</sup>	( 4 - 5,3 )
Hémoglobine	:	13,30 g/dl	( 12,5 - 15,5 )
Hématocrite	:	38,60 %	( 37 - 46 )
VGM	:	86,55 fL	( 80 - 95 )
TCMH	:	29,82 pg	( 28 - 32 )
CCMH	:	34,46 g/dl	( 32 - 36 )
Leucocytes	:	6130 /mm <sup>3</sup>	( 4000 - 10000 )
Plaquettes	:	290 000 /mm <sup>3</sup>	( 150000 - 400000 )

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	:	59,6 % Soit 3653,00 /mm <sup>3</sup>	( 2000 - 7500 )
Polynucléaires Eosinophiles	:	1 % Soit 61,00 /mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 400 )
Polynucléaires Basophiles	:	1,1 % Soit 67,00 /mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 150 )
Lymphocytes	:	33,2 % Soit 2035,00 /mm <sup>3</sup>	( 1500 - 4000 )
Monocytes	:	5,1 % Soit 313,00 /mm <sup>3</sup>	( 200 - 800 )

Etude du frottis sur lame :

La formule leucocytaire est contrôlée sur frottis sanguin.

### HEMOSTASE

	Valeurs Usuelles	Antériorité
--	------------------	-------------

#### Taux de Prothrombine

(Technique : Coagulation/START Max, Stago )

91 %

( 70 - 100 )

#### Temps de Céphaline Activée

(Technique : Coagulation/START Max, Stago )

Temps du Témoin	:	30 sec
Malade	:	32 sec

Nous vous remercions de votre confiance

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Dr. Houda OTHMANI  
N°2, Bd El Qods, Résidence El Qods  
Casablanca  
Tél: 0522 21 22 11 - Gsm : 0662 27 99 66 - Fax : 0522 21 22 39 - 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 Omanie, Ain Chock - Casablanca  
Tél: 0522212211 - Fax : 0522212239 - E-mail : othmani.laboratoire@gmail.com

## Facture

N° facture : 2020-S319

Édité le : 12/10/2020

Patient : Mme EL MASKI Sara

Date prélèvement : 12/10/2020

N° Dossier : 154260561

Analyses	Valeur en B	Montant
NCURATIOM CIRCULAIRE	30	107,20
Taux de Prothrombine	43	65,60
Taux de Céphaline Actives	49	63,60
Total B	160	214,40
APB	10	15,00
Majoration de garde		
Total		180,00

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