

# 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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0053750

135090

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6412 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AM. N. 103 DEBIBI

Date de naissance : 3. 8. 1963

Adresse : habituelle

Tél. : 9085 Total des frais engagés : 180 + 137 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 :

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 : Le : 28.10.2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/10/22	137.00

[illegible]

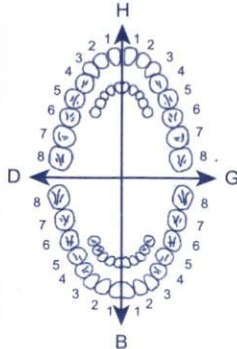
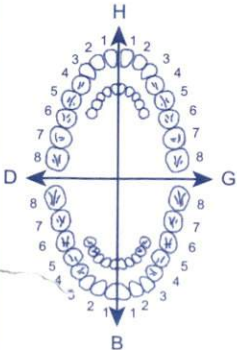
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	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																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca  
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Casablanca, le.....

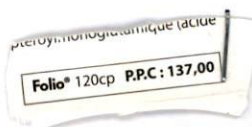
10/10/2022

Mr. AMINI ABDENBI

137.00  
**FOLIO 120CP**



2cp / jour pendant 15 jours



**PHARMACIE ACH-CHARAF**  
Dr. Bouchra TAOUDI  
Coopérative Ach-charaf N°DM2  
Hay Inara Haddaouia Casablanca  
Tél.: 05 22 21 64 09

**Dr. Naoufal MAHMOU**  
Centre International d'Oncologie  
Oncologie - Radiothérapie  
Route de l'Oasis, Rue des Alouettes - Casablanca  
Tél : 05 22 77 81 81

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca

Tél. : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : info@ciocasablanca.ma

Site web : www.ciocasablanca.ma



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.....

26/09/2022

**MR. AMINI ABDENBI**

NFS

TRANSAMINASES HEPATIQUES

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  
Abdenbi AMINI  
309740439

Dr. Naoufal MAMOU  
Oncologue - Radiothérapeute  
Centre International d'Oncologie Casablanca  
Route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca  
Tél: 05 22 77 82 28 - Fax: 05 22 99 65 74

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca

Tél. : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : info@ciocasablanca.ma

Site web : www.ciocasablanca.ma



# 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 : 2022-5594

Edité le : 08/10/2022

Patient : Mr AMIINI Abdenbi

Date prélèvement : 08/10/2022

N° Dossier : 309740439

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		180,00

Dr. Houda OTHMANI  
N°2, Bd 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  
Biologiste



# LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES

## مختبر عثمانى للتحاليل الطبية

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



Casablanca , le 08/10/2022

### Compte rendu d'analyses



Dossier N° : 309740439 Pvt du: 08/10/2022 8:19

Nom : Mr AMINI Abdenbi

Age : 59 ans

Demandé par Dr : MAMOU NAOUFAL

Page : 1/1

### HEMATOLOGIE

#### NUMERATION GLOBULAIRE

			Valeurs Usuelles	Antériorité
Erythrocytes	:	4,30 M/mm <sup>3</sup>	( 4,28 - 6 )	4,95 (12/09/22)
Hémoglobine	:	13,80 g/dl	( 13 - 18 )	15,20 (12/09/22)
Hématocrite	:	41,40 %	( 39 - 53 )	48,40 (12/09/22)
VGM	:	96,28 fL	( 78 - 98 )	97,78 (12/09/22)
TCMH	:	32,09 pg	( 26 - 34 )	30,71 (12/09/22)
CCMH	:	33,33 g/dl	( 31 - 36 )	31,40 (12/09/22)
Leucocytes	:	5 000 /mm <sup>3</sup>	( 4000 - 10000 )	7990 (12/09/22)
Plaquettes	:	252 000 /mm <sup>3</sup>	( 150000 - 400000 )	317 000 (12/09/22)

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	:	54,4 % Soit 2720,00 /mm <sup>3</sup>	( 2000 - 7500 )	5058 (12/09/22)
Polynucléaires Eosinophiles	:	2,0 % Soit 100,00 /mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 400 )	400 (12/09/22)
Polynucléaires Basophiles	:	0,1 % Soit 5,00 /mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 150 )	64 (12/09/22)
Lymphocytes	:	34,4 % Soit 1720,00 /mm <sup>3</sup>	( 1500 - 4000 )	1814 (12/09/22)
Monocytes	:	9,1 % Soit 455,00 /mm <sup>3</sup>	( 200 - 800 )	655 (12/09/22)

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

### ENZYMOLOGIE

#### TRANSAMINASES

			Valeurs Usuelles	Antériorité
SGOT ( Aspartate Aminotransférase )	:	26 UI/l	( Inférieur à 35 )	44 (12/09/22)
SGPT ( Alanine Aminotransférase )	:	17 UI/l	( Inférieur à 45 )	19 (12/09/22)

Demande validée biologiquement par Dr. Houda OTHMANI

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