

## 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 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 tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-768129

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (a)

Matricule : 6412 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AMINI ABDENUR  
 Date de naissance : 3.8.1963  
 Adresse : habituelle  
 Tél. : 9085 Total des frais engagés : 250 + 180 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24 / 10 / 2022  
 Nom et prénom du malade : ..... Age : .....  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : neoplasie de colon  
 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 : CM Le : 26/10/2022  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT



| 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   |
| 26/10/22                       |                   |                       | 250                             | Dr. Naoufal El Mokaddem<br>Généraliste - Oncothérapeute<br>Rue des Aiguettes - Casablanca<br>Tél. 05 22 21 22 11 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |      |                       |
|--|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  |      |                       |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES  |          |                              |                        |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue   | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| Dr. Houada Ouhalla<br>N°2, Bd El Ghods, Résidence EL ANASSER<br>Quartier Omnia - Ain Chock - CASABLANCA<br>Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 11<br>INPR: 093061568 | 22/10/22 | 50, 40                       | 150 DH                 |

| AUXILAIRES MEDICAUX              |                |        |    |    |    |                                 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES  |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|---|---|------------------|--|--|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|---|--|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                        |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
| Important :<br>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                              | INP : <input type="text"/>                   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |   |                  |  | COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> |                  |  | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | G |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | H   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   | 25533412  | 21433552         |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   | 00000000  | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   | D   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   | 00000000  | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   | 35533411  | 11433553         |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   | B   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   | G   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>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



AKDITAL

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

Casablanca, le.....

22/10/2022

**MR. AMINI ABDENBI**

NFS

TRANSAMINASES HEPATIQUES

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

Laboratoire Othmani

Abdenbi AMINI

309741057



Dr. Naoufal MAMOU  
Centre International d'Oncologie  
de Casablanca  
Oncologue - Radiothérapeute  
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

# 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 : 2022-5885

Edité le : 22/10/2022

Patient : Mr AMINI Abdenbi

Date prélèvement : 22/10/2022

N° Dossier : 309741057

| 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  |

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 22/10/2022



Dossier N° : 309741057 Pvt du: 22/10/2022 7:59  
Nom : Mr AMIINI Abdenbi  
Age : 59 ans  
Demandé par Dr : MAMOU NAOUFAL

Page : 1/1

### HEMATOLOGIE

#### NUMERATION GLOBULAIRE

|              |                            | Valeurs Usuelles    | Antériorité        |
|--------------|----------------------------|---------------------|--------------------|
| Erythrocytes | : 4,37 M/mm <sup>3</sup>   | ( 4,28 - 6 )        | 4,30 (08/10/22)    |
| Hémoglobine  | : 14,40 g/dl               | ( 13 - 18 )         | 13,80 (08/10/22)   |
| Hématocrite  | : 42,80 %                  | ( 39 - 53 )         | 41,40 (08/10/22)   |
| VGM          | : 97,94 fL                 | ( 78 - 98 )         | 96,28 (08/10/22)   |
| TCMH         | : 32,95 pg                 | ( 26 - 34 )         | 32,09 (08/10/22)   |
| CCMH         | : 33,64 g/dl               | ( 31 - 36 )         | 33,33 (08/10/22)   |
| Leucocytes   | : 5 700 /mm <sup>3</sup>   | ( 4000 - 10000 )    | 5 000 (08/10/22)   |
| Plaquettes   | : 216 000 /mm <sup>3</sup> | ( 150000 - 400000 ) | 252 000 (08/10/22) |

Taux de plaquettes vérifié sur frottis sanguin

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

|                             |  |                     |                 |
|-----------------------------|--|---------------------|-----------------|
| Polynucléaires Neutrophiles | : 50,0 % Soit 2850,00 /mm <sup>3</sup> | ( 2000 - 7500 )     | 2720 (08/10/22) |
| Polynucléaires Eosinophiles | : 2,3 % Soit 131,00 /mm <sup>3</sup>   | ( Inférieur à 400 ) | 100 (08/10/22)  |
| Polynucléaires Basophiles   | : 0,7 % Soit 40,00 /mm <sup>3</sup>    | ( Inférieur à 150 ) | 5 (08/10/22)    |
| Lymphocytes                 | : 38,0 % Soit 2166,00 /mm <sup>3</sup> | ( 1500 - 4000 )     | 1720 (08/10/22) |
| Monocytes                   | : 9,0 % Soit 513,00 /mm <sup>3</sup>   | ( 200 - 800 )       | 455 (08/10/22)  |

Etude du frottis sur lame

### ENZYMOLOGIE

#### TRANSAMINASES

|                                     |           | Valeurs Usuelles   | Antériorité                    |
|-------------------------------------|-----------|--------------------|--------------------------------|
| SGOT ( Aspartate Aminotransférase ) | : 20 UI/l | ( Inférieur à 35 ) | 26 (08/10/22)<br>44 (12/09/22) |
| SGPT ( Alanine Aminotransférase )   | : 16 UI/l | ( Inférieur à 45 ) | 17 (08/10/22)<br>19 (12/09/22) |

Demande validée biologiquement par Dr. Houda OTHMANI

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