

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

- Reclamation : 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- 0042788

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

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

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade :
 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 : 21.1.2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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 et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27.03.13	B 180	1800

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 :

Veillez 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 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>D</td> <td>G</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> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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																		
				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le.....

22/02/2023

MR. AMINI ABDENBI

NFS
TRANSAMINASES HEPATIQUES

LABORATOIRE OTHMANI DANALISA
Dr. Houja OTHMANI - Biologiste
N°2, Bd de l'Oasis - Résidence El Ouds
Quartier Oasis - Casablanca
Tél: 05 22 77 82 28 - Fax: 05 22 99 65 74
INPT: 093061596

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 : 2023-1338

Edité le : 07/03/2023

Patient : Mr AMINI Abdenbi

Date prélèvement : 07/03/2023

N° Dossier : 309740384

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 Médicales
Dr. Houda OTHMANI - Biochimiste
N°2, Bd El Qods - Quartier Omara - Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 21 22 39 - 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 21/02/2023

Compte rendu d'analyses



Dossier N° : 309741004 Pvt du: 21/02/2023 10:58

Nom : Mr AMINI Abdenbi

Age : 59 ans

Demandé par Dr : MAMOU NAOUFAL

Page : 1/1

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE

Valeurs Usuelles

Antériorité

Erythrocytes	:	4,50	M/mm ³	(4,28 - 6)	4,70 (07/02/23)
Hémoglobine	:	14,70	g/dl	(13 - 18)	15,60 (07/02/23)
Hématocrite	:	43,20	%	(39 - 53)	45,70 (07/02/23)
VGM	:	96,00	fL	(78 - 98)	97,23 (07/02/23)
TCMH	:	32,67	pg	(26 - 34)	33,19 (07/02/23)
CCMH	:	34,03	g/dl	(31 - 36)	34,14 (07/02/23)
Leucocytes	:	5 490	/mm ³	(4000 - 10000)	6750 (07/02/23)
Plaquettes	:	163 000	/mm ³	(150000 - 400000)	191 000 (07/02/23)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	:	51,0 %	Soit 2800,00 /mm ³	(2000 - 7500)	3915 (07/02/23)
Polynucléaires Eosinophiles	:	0,8 %	Soit 44,00 /mm ³	(Inférieur à 400)	34 (07/02/23)
Polynucléaires Basophiles	:	1,3 %	Soit 71,00 /mm ³	(Inférieur à 150)	47 (07/02/23)
Lymphocytes	:	32,9 %	Soit 1806,00 /mm ³	(1500 - 4000)	1802 (07/02/23)
Monocytes	:	14,0 %	Soit 769,00 /mm ³	(200 - 800)	952 (07/02/23)

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

ENZYMOLOGIE

TRANSAMINASES

Valeurs Usuelles

Antériorité

SGOT (Aspartate Aminotransférase)	:	44	UI/l	(Inférieur à 35)	43 (07/02/23) 24 (21/01/23)
SGPT (Alanine Aminotransférase)	:	36	UI/l	(Inférieur à 45)	46 (07/02/23) 44 (21/01/23)

Demande validée biologiquement par Dr. Houda OTHMANI

Signature of Dr. Houda Othmani
Dr. Houda OTHMANI - Biologiste
N°2, P4 El Qods Résidence El Qods
Quartier Omara - Ain Chock - CASABLANCA
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 31
INSEE: 693061596

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