

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M23-0026282

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6412 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AM: N: ABDENBI
 Date de naissance : 3.8.1963
 Adresse : habituelle
 Tél. : 0618512449 Total des frais engagés : 530 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 10/11/2023
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 25/12/2023

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
10/11/23			250	Dr. N. Bouate Centre International d'Oncologie Radiothérapie 4, route de l'Oasis, Casablanca Tél: 05 22 77 81 81

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
Dr. Houda Ouhmani - Biologiste Bd El Goda, Kenza El Qodir Omaria - Ain Chock - CASABLANCA Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 19 INPR: 093061596	23/11/23	B180	180,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Dr. Houda Ouhmani - Biologiste Bd El Goda, Kenza El Qodir Omaria - Ain Chock - CASABLANCA Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 19 INPR: 093061596	23/11/23					SAM 0204 = 1000

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <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			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[Création, remont, adjonction] 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

ORDONNANCE

Cachet du prescripteur

Délivrée le :

11/11/23

Mme :

SAMX 2011

10201


INFORME MOUJAHID
Aut. 1605 - GSM: 06 01 61 74 41
Tel: 022 52 55 73



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.....

10/11/2023

MR. AMINI ABDENBI

Analyses : NFS
TRANSAMINASES HEPATIQUES

Dr. Houda AITMANI
N°2, Bd El Oudj Residence El Oudj
Quartier Oudj - Ain Chock - CASABLANCA
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39
INPR: 093061506
ANALYSES MEDICALES

Dr. Naoufal MAMOU
Centre International d'Oncologie Casablanca
Oncologue - Radiothérapeute
4, 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 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma
IF : 14402100 - ICE : 001645198000028



LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES

مختبر عثماني للتحاليل الطبية

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



Casablanca , le 30/11/2023

Compte rendu d'analyses



Dossier N° : 309741153 Pvt du: 23/11/2023 9:41

Nom : Mr AMINI Abdenbi

Age : 60 ans

Demandé par Dr : MAMOU NAOUFAL

Page : 1 / 1

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Erythrocytes	: 4,46 M/mm ³	(4,28 - 6)	4,89 (09/11/23)
Hémoglobine	: 14,40 g/dl	(13 - 18)	15,70 (09/11/23)
Hématocrite	: 44,30 %	(39 - 53)	49,10 (09/11/23)
VGM	: 99,33 fL	(78 - 98)	100,41 (09/11/23)
TCMH	: 32,29 pg	(26 - 34)	32,11 (09/11/23)
CCMH	: 32,51 g/dl	(31 - 36)	31,98 (09/11/23)
Leucocytes	: 2 560 /mm ³	(4000 - 10000)	6740 (09/11/23)
Plaquettes	: 215 000 /mm ³	(150000 - 400000)	150 000 (09/11/23)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	: 49,3 % Soit 1262,00 /mm ³	(2000 - 7500)	4044 (09/11/23)
Polynucléaires Eosinophiles	: 4,3 % Soit 110,00 /mm ³	(Inférieur à 400)	169 (09/11/23)
Polynucléaires Basophiles	: 0,5 % Soit 13,00 /mm ³	(Inférieur à 150)	20 (09/11/23)
Lymphocytes	: 32,9 % Soit 842,00 /mm ³	(1500 - 4000)	1388 (09/11/23)
Monocytes	: 13,0 % Soit 333,00 /mm ³	(200 - 800)	1119 (09/11/23)

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

ENZYMOLOGIE

TRANSAMINASES

		Valeurs Usuelles	Antériorité
SGOT (Aspartate Aminotransférase)	: 48 UI/l	(Inférieur à 35)	47 (02/11/23) 42 (12/10/23) ~~~
SGPT (Alanine Aminotransférase)	: 41 UI/l	(Inférieur à 45)	36 (02/11/23) 32 (12/10/23) ~~~

Demande validée biologiquement par Dr. Houda OTHMANI

Dr. Houda OTHMANI
BIOLOGISTE
LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES
Quartier Omara - Ain Chock - Casablanca
Tél: 0522 21 22 11 - Fax: 0522 21 22 39
Quartier Bd El Qods - Résidence El Qods
Tél: 0522 21 22 11 - Fax: 0522 21 22 39

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

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 : 2023-7033

Edité le : 30/11/2023

Patient : Mr AMINI Abdenbi

Date prélèvement : 23/11/2023

N° Dossier : 309741153

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 Omara - Ain Chock - CASABLANCA
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39
INPE: 093061596