

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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.

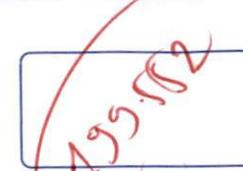
## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

## 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.



## Maladie

## Dentaire

## Optique

## Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

|                                |  |                                  |                                   |
|--------------------------------|--|----------------------------------|-----------------------------------|
| Matricule :                    | 6412   | Société :                        | RAM                               |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                                   |
| Nom & Prénom :                 |  | A.M.N. ABDELB                    |                                   |
| Date de naissance :            |  | 3.8.1963                         |                                   |
| Adresse :                      |  | Mehdi Guelle                     |                                   |
| Tél. :                         |  | 06 18 51 27 94                   | Total des frais engagés : 535 Dhs |

### Cadre réservé au Médecin

|   |                              |                              |   |
|---|------------------------------|------------------------------|---|
| Cachet du médecin :   |                              |                              |   |
| Date de consultation :  | 22/02/2014                   | Age :                        |   |
| Nom et prénom du malade :   | A.M.N. ABDELB                | Lien de parenté :            | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie :  | Néphropathie, diabète        |                              |   |
| Affection longue durée ou chronique :   | <input type="checkbox"/> ALD | <input type="checkbox"/> 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 : 01/03/2014 Le : 01/03/2014

Signature de l'adhérent(e) :

# 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 9/20/2014       |                   |                       | 250                             | <i>Dr. Souchra TAOUFIK<br/>Coopérative Achcharaf N°DM2<br/>Hay Inara Haddaouia Casablanca<br/>Tel.: 05 22 21 64 09</i> |
|                 |                   |                       |                                 | <i>Centr. d'Ordonnance et de Facturation<br/>4, route des Tamaris - Casablanca<br/>tel: 05 22 77 81 81</i>             |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| <i>PHARMACIE ACHCHARAF<br/>Dr. Souchra TAOUFIK<br/>Coopérative Achcharaf N°DM2<br/>Hay Inara Haddaouia Casablanca<br/>Tel.: 05 22 21 64 09</i> | 22/12/2014 | 135.00                |

## ANALYSES - RADIOPHOTOGRAPHIES

| Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue   | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| <i>Dr. Houida Ouardouzi - INPRA - 05 22 21 22 11 - Quartier Omaria - Ain Chock - CASABLANCA<br/>N°2, Bd El Qods - Ain Chock - CASABLANCA<br/>INPRA - 093061106 - Quartier Omaria - Ain Chock - CASABLANCA<br/>Tel: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39</i> | 22/12/2014 | B100                         | 150.00                 |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

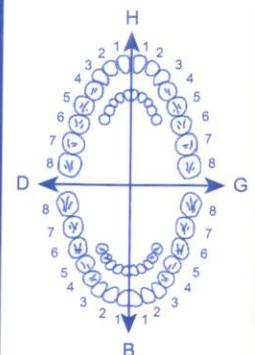
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I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

# RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient                                    | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|----------------|------------------|--|------------------------|
|  |                |                  |  |                        |
|   |                |                  |  |                        |
|   |                |                  |  |                        |
|   |                |                  |  |                        |
|   |                |                  |  |                        |
| MONTANTS DES SOINS  |                |                  |  | DEBUT D'EXECUTION      |
|   |                |                  |  |                        |
|   |                |                  |  |                        |
|   |                |                  |  |                        |
|   |                |                  |  |                        |
| FIN D'EXECUTION   |                |                  |  | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|   |                |                  |  |                        |
|   |                |                  |  |                        |
|   |                |                  |  |                        |
|   |                |                  |  |                        |
| DETÉRMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE  |                |                  |  | MONTANTS DES SOINS     |
| H   | 25533412       | 21433552         |  |                        |
| D   | 00000000       | 00000000         |  |                        |
| B   | 35533411       | 11433553         |  |                        |
| G   |                |                  |  |                        |
| [Création, remont, adjonction]  |                |                  | DATE DU DEVIS                                  |                        |
| Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                              |                |                  |  |                        |
|   |                |                  |  |                        |
|   |                |                  |  |                        |
|   |                |                  |  |                        |
| DATE DE L'EXECUTION   |                |                  | 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

Dr. Naoufal MAMOU  
Oncologue - Radiothérapeute  
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

**22/02/2024**

## MR. AMINI ABDENBI

NFS  
TRANSAMINASES HEPATIQUES

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES  
Dr. Houda Othmani MEDICALES  
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  
INPH: 093061596

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](http://www.ciocasablanca.ma)  
IF : 14402100 - ICE : 001645198000028



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.....  
**22/02/2024**

### Mr. AMINI ABDENBI

*135,00*

**STRENOV**



PPC : 1350H  
LOT : ST21  
EXP : 12/26

2 gellule le soir 01 heure avant de dormir

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

**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 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 : 2024-1911

Edité le : 19/03/2024

Patient : Mr AMINI Abdenbi

Date prélèvement : 06/03/2024

N° Dossier : 309740353

| Analyses                                 | Valeur en B | Montant |
|--|-------------|---------|
| NUMERATION GLOBULAIRE                    | 80          | 107,20  |
| ASAT ( Aspartate Aminotransférase ) SGOT | 50          | 67,00   |
| ALAT ( Alanine Aminotransférase ) SGPT   | 50          | 67,00   |
| <b>Total B</b>                           | 180         | 241,20  |
| <b>APB</b>                               | 1,0         | 15,00   |
| <b>Majoration de garde</b>               |             |         |
| <b>Total</b>                             |             | 150,00  |

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES  
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 عثمانی للتحاليل الطبية

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



Casablanca , le 06/03/2024

### Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 309740353      Pv du : 06/03/2024 9:52

Nom : Mr AMINI Abdennabi

Age : 60 ans

Demandé par Dr : SANS ORDONNANCE

Page : 1/1

### HEMATOLOGIE

#### NUMERATION GLOBULAIRE

|              |   |         | Valeurs Usuelles  | Antériorité         |
|--------------|---|---------|-------------------|---------------------|
| Erythrocytes | : | 4,54    | M/mm <sup>3</sup> | ( 4,28 - 6 )        |
| Hémoglobine  | : | 14,00   | g/dl              | ( 13 - 18 )         |
| Hématocrite  | : | 44,80   | %                 | ( 39 - 53 )         |
| VGM          | : | 98,68   | fL                | ( 78 - 98 )         |
| TCMH         | : | 30,84   | pg                | ( 26 - 34 )         |
| CCMH         | : | 31,25   | g/dl              | ( 31 - 36 )         |
| Leucocytes   | : | 3 940   | /mm <sup>3</sup>  | ( 4000 - 10000 )    |
| Plaquettes   | : | 167 000 | /mm <sup>3</sup>  | ( 150000 - 400000 ) |

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

|                             |   |        |                               |                     |                 |
|-----------------------------|---|--------|-------------------------------|---------------------|-----------------|
| Polynucléaires Neutrophiles | : | 50,4 % | Soit 1986,00 /mm <sup>3</sup> | ( 2000 - 7500 )     | 2100 (21/02/24) |
| Polynucléaires Eosinophiles | : | 3,7 %  | Soit 146,00 /mm <sup>3</sup>  | ( Inférieur à 400 ) | 143 (21/02/24)  |
| Polynucléaires Basophiles   | : | 0,9 %  | Soit 35,00 /mm <sup>3</sup>   | ( Inférieur à 150 ) | 8 (21/02/24)    |
| Lymphocytes                 | : | 29,9 % | Soit 1178,00 /mm <sup>3</sup> | ( 1500 - 4000 )     | 1076 (21/02/24) |
| Monocytes                   | : | 15,1 % | Soit 595,00 /mm <sup>3</sup>  | ( 200 - 800 )       | 424 (21/02/24)  |

#### Etude du frottis sur lame

### ENZYMOLOGIE

#### SGOT ( Aspartate Aminotransférase )

|                                     |   |    | Valeurs Usuelles | Antériorité        |
|-------------------------------------|---|----|------------------|--------------------|
| SGOT ( Aspartate Aminotransférase ) | : | 46 | UI/l             | ( Inférieur à 35 ) |

48 (21/02/24)

47 (07/02/24)

~~~

#### SGPT ( Alanine Aminotransférase )

|                                   |   |    | Valeurs Usuelles | Antériorité        |
|-----------------------------------|---|----|------------------|--------------------|
| SGPT ( Alanine Aminotransférase ) | : | 45 | UI/l             | ( Inférieur à 45 ) |

44 (21/02/24)

45 (07/02/24)

~~~

Demande validée biologiquement par Dr. Houda OTHMANI

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. Houda Othmani - Biologue  
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  
INPF: 093061596

Nous vous remercions de votre confiance

Adresse : N°2 Res El Qods, Bd El Qods Quartier Omaria, Ain Chock - Casablanca

Tél: 0522 21 22 11 - Fax : 0522 21 22 39 - Gsm : 0662 27 99 66 / 0767 78 76 75 - E-mail : othmani.laboratoire@gmail.com - Site web : www.othmanilab.ma