

# 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.

**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



193888

## Déclaration de Maladie

M23- N° 0030316

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6412 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AM. N: AB DENBI  
 Date de naissance : 3.8.1963  
 Adresse : Nahr Telle  
 Tél. : 06 15 11 9744 Total des frais engagés : 210.40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/01/2024  
 Nom et prénom du malade : AMINI Asdenbi Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Neoplasie du Col de l'utérus  
 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 : 20/01/2024  
 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
25-01-24		a	250	

# 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
	07/02/24	6180	180,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	27/1/24	549x205H = 1005H				

# 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"> <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>			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																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

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 .....  
**25/01/2024**

**MR. AMINI ABDENBI**

NFS

TRANSAMINASES HEPATIQUES

LABORATOIRE CHIMIE D'ANALYSE  
MEDICALES  
Dr. Houdd Othmani - Biologiste  
N°2, Bd El Qods, Residence El Qods  
Quartier Omnia - Ain Chock - CASABLANCA  
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39  
INPR: 093061506

Dr. Naoufal MAMOU  
Centre International d'Oncologie Casablanca  
Oncologue - Radiothérapeute  
4, route de l'Oasis, rue des Alouettes  
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](mailto:info@ciocasablanca.ma)  
Site web : [www.ciocasablanca.ma](http://www.ciocasablanca.ma)  
IF : 14402100 - ICE : 001645198000028

**ORDONNANCE**

Délivrée le :

27/1/24

Mme :

AMINI Abdelkadi

Cachet du prescripteur

INSTITUT HADJAH  
Apt. 1005 - Hammam  
Tel: 022 32 55 73 - 058 66 61 51 34 41

HSE = ✓

SAN & SOH =

INSTITUT HADJAH  
Apt. 1005 - Hammam  
Tel: 022 32 55 73 - 058 66 61 51 34 41



# Laboratoire Othmani D'Analyse Médicales

Dr. Houda Othmani

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

Téléphone :0522212211 / Fax :0522212239

## Facture

N° facture : 2024-0774

Organisme : Mutuelle D'action Sociales De Royal Air Maroc

Date du Prélèvement : 07/02/2024

Mr AMINI Abdenbi

Code Caisse	Designation Acte	Valeur en B	Coefficient	Prix en DH
B216	NUMERATION GLOBULAIRE	80	1,34	107,20
B146 B147	TRANSAMINASES	100	1,34	134,00
Acte de prelevement APB		15,00		
Total B				180
Total B HN				0
Total en dirhams				180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent quatre-vingt dirhams\*\*\*

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSE MEDICALES  
Dr. Houda Othmani - Biologiste  
N°2, Bd El Qods, Residence El Qods  
Quartier Omaria - Ain Chock - CASABLANCA  
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39  
INPE: 893061506



# LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES

## مختبر عثمانى للتحاليل الطبية

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



Casablanca , le 07/02/2024

### Compte rendu d'analyses



Dossier N° : 309740345 Pvt du: 07/02/2024 8:46

Nom : Mr AMINI Abdenbi

Age : 60 ans

Demandé par Dr : MAMOU NAOUFAL

Page : 1/1

### HEMATOLOGIE

#### NUMERATION GLOBULAIRE

			Valeurs Usuelles	Antériorité
Erythrocytes	:	4,59 M/mm <sup>3</sup>	( 4,28 - 6 )	4,39 (09/01/24)
Hémoglobine	:	14,40 g/dl	( 13 - 18 )	14,10 (09/01/24)
Hématocrite	:	46,10 %	( 39 - 53 )	44,70 (09/01/24)
VGM	:	100,44 fL	( 78 - 98 )	101,82 (09/01/24)
TCMH	:	31,37 pg	( 26 - 34 )	32,12 (09/01/24)
CCMH	:	31,24 g/dl	( 31 - 36 )	31,54 (09/01/24)
Leucocytes	:	4 960 /mm <sup>3</sup>	( 4000 - 10000 )	3370 (09/01/24)
Plaquettes	:	293 000 /mm <sup>3</sup>	( 150000 - 400000 )	170 000 (09/01/24)

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	:	56,6 % Soit 2807,00 /mm <sup>3</sup>	( 2000 - 7500 )	1783 (09/01/24)
Polynucléaires Eosinophiles	:	7,2 % Soit 357,00 /mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 400 )	78 (09/01/24)
Polynucléaires Basophiles	:	0,6 % Soit 30,00 /mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 150 )	24 (09/01/24)
Lymphocytes	:	21,7 % Soit 1076,00 /mm <sup>3</sup>	( 1500 - 4000 )	1035 (09/01/24)
Monocytes	:	13,9 % Soit 689,00 /mm <sup>3</sup>	( 200 - 800 )	452 (09/01/24)

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

### ENZYMOLOGIE

#### TRANSAMINASES

			Valeurs Usuelles	Antériorité
SGOT ( Aspartate Aminotransférase )	:	47 UI/l	( Inférieur à 35 )	48 (09/01/24) 46 (26/12/23)
SGPT ( Alanine Aminotransférase )	:	45 UI/l	( Inférieur à 45 )	43 (09/01/24) 44 (26/12/23)

Demande validée biologiquement par Dr. Houda OTHMANI

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES - Biologiste  
Dr. Houda Othmani - Résidence El Qods  
N°2, Bd El Qods, Quartier Omara, Ain Chock - CASABLANCA  
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39  
INPE: 093061566

Vous vous remportez de votre médecin

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Adresse : N°2 Res El Qods, Bd El Qods Quartier Omara, 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