

# 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 :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : AM. N. AB. D. EN. B.  
 Date de naissance : 3.8.1963  
 Adresse : habsi kelle  
 Tél. : 06.18.61.97.44 Total des frais engagés : 210 + 80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



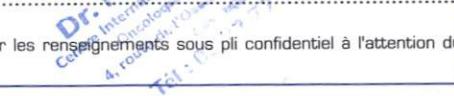
Date de consultation : 25/01/2024  
 Nom et prénom du malade : AMINI ASLENB Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  
 Nature de la maladie : Necoplasie du Cœlocon  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dans 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 : caim

Le : 20/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : AMINI ASLENB



## 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
25-01-94	a	150		  Dr. Naoufal Centre International d'Oncologie et de Thérapie Cytostatique 4 route de l'Université 92277 Clamart Cedex Tel: 01 46 22 77 81 82

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
<p>DR. KATHIKA MEDICALS N°2, Bd El Oods. Résidence El Oods Arrondissement Omaria - Ain Chock - CASABLANCA Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 07 07 INPE: 993061596</p>	07/02/24	6 180	180,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

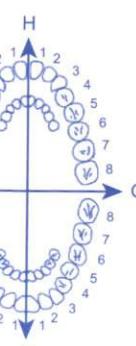
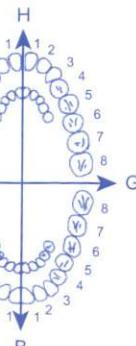
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>INFERMIER DE CHAMPS</i> <i>Aut. 1603 - Attanai</i> <i>Tel: 02 52 55 73 - GSM: 06 16 04 44</i>	27/12/14	5	1	9	20	54 = 10354

## 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 canalaires, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table border="1" data-bbox="1573 917 1806 1068"> <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>B</td><td></td></tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
				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

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

Casablanca, le .....  
**25/01/2024**

## MR. AMINI ABDENBI

NFS  
TRANSAMINASES HEPATIQUES

LABORATOIRES OTHMANI DIAHALYSE  
Dr. Houda OTHMANI - Médecine Médicales  
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

Dr. Naoufal MAMOU  
Centre International d'Oncologie Casablanca  
4 route d'Ismail - Casablanca  
Oncologue - Radiothérapeute  
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

tel. 022 52 5573 - 06616144  
du 10/05/2014 à 10/05/2014  
INTERPHARMA

HoSe CV

SAM d 200H =

Mr :  
AHNU-Abdelhadi  
87/18/24

Délivré le :

Cachet du prescripteur

**ORDONNANCE**

# 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'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: A93061506



# LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES

## مختبر عثماني 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 Abdenni

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 )
Hémoglobine	:	14,40	g/dl	( 13 - 18 )
Hématocrite	:	46,10	%	( 39 - 53 )
VGM	:	100,44	fL	( 78 - 98 )
TCMH	:	31,37	pg	( 26 - 34 )
CCMH	:	31,24	g/dl	( 31 - 36 )
Leucocytes	:	4 960	/mm <sup>3</sup>	( 4000 - 10000 )
Plaquettes	:	293 000	/mm <sup>3</sup>	( 150000 - 400000 )

#### 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 )
SGPT ( Alanine Aminotransférase )	:	45	UI/l	( Inférieur à 45 )

Demande validée biologiquement par Dr. Houda OTHMANI

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. Houda Othmani - Biologiste  
N°2, Bd El Qods, Résidence El Qods  
Quartier Othmani - Ain Chock - CASABLANCA  
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39  
INPE: 093061506

Nous vous remercions de votre confiance

Prélèvement à domicile sur rendez-vous