

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

- Réclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	9023	Société :	R.A.M
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RAHILI Mouhssine
Nom & Prénom :	RAHILI Mouhssine		
Date de naissance :	03/03/72		20
Adresse :	mohsine.rahili@royalairmaroc.com		
Tél. :	0661153286	Total des frais engagés :	130,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	Dr. Abdelhamid Moustaghfir Professeur de cardiologie Rythmologie Interventionnelle Tél: 0522 26 53 53 - Fax: 0522 26 53 55 14, Bd de Daris 1er étage N°10 Casablanca		
Date de consultation :	15/02/2024	Nom et prénom du malade :	RAHILI Mouhssine
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Inflammation articulaire		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	05 AVR. 2024		
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 : CASA Le : 04/04/2023

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
15/02/24	Établissement d'une Anamnèse systématique			<i>Dr. Abdelhamid Moustaghni Professeur de Cardiologie Rythmologie Interventionnelle tél: 0522 26 53 55 14 Bd de l'Observatoire N° 100 BP 100 26000 Tizi Ouzou</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>LabOasis Biologiques Bir Hakeim Casablanca 20410 Casablanca 0522 25 48 98 GSM : 06 60 08 88 08 fixe : 05 22 25 48 98 GSM : 06 60 08 88 08 CIN : FR 45900224 Patente 34307189 INPE 093064250 Ch. 02530 23500 CO49</i>	15/02/24	B 80 + (PV)	130.00 DH

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	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	D 00000000	G 21433552 00000000	
	B 35533411		B 11433553	MONTANTS DES SOINS
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



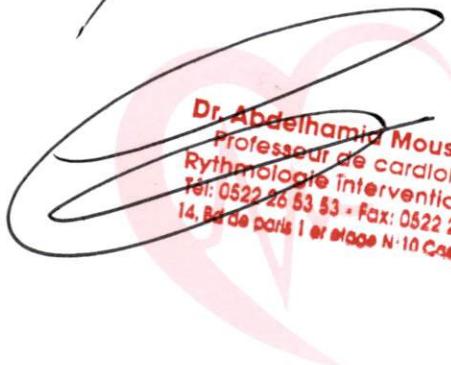
Cabinet de Cardiologie à Orientation Rythmologique
Pr MOUSTAGHFIR Abdelhamid

Casablanca le : 13/02/2024

M. Ralli Mouslime

- NFS

7



Dr. Abdelhamid Moustaghfir
Professeur de cardiologie
Rythmologie Interventionnelle
Tel: 0522 26 53 53 - Fax: 0522 26 53 55
14, Bd de Paris 1er étage N°10 Casablanca

LabOasis
Laboratoire d'analyses biomédicales
1 Boulevard Abderrahim Bouabid et Angle
rue Blr Hakim Oasis Casablanca 20410 Maroc
Fixe : 05 22 25 48 98 GSM : 06 66 88 83 08
IF: 45900224 Patente 34307189
ICE: 002530236000049 INPE 093064236



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le... 15/12/2024

M. RAHLI HOUITSSINE

NFS

radiologie jerrada oasis 2518@gmail.com

LabOasis
Laboratoire d'analyses biomédicales
1 Boulevard Abderrahim Bouabid et Angle
Tunie Bir Hakim Oasis Casablanca 20418 Maroc
Fixe : 05 22 25 48 98 GSM : 06 66 88 83 08
Fax : 05 22 25 48 99 Patente 34307189
ICE: 002530236000049 INPI 093054236

Clinique JERRADA OASIS
Service de Radiologie
Casablanca
Tél : 05 22 29 37 48

113, Boulevard Abderrahim Bouabid (Ex-Jerrada), Oasis, Casablanca
Tél. : 05 22 23 81 81 | 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : 05 22 23 81 82
E-mail : cliniquejerradaoasis@akdital.ma - Site web : www.cliniquejerrada.ma

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification





LABOASIS LabOasis LABORATOIRE D'ANALYSES BIOMEDICALES

Pr Farid Hakkou

Laboratoire L'Oasis d'analyses biomédicales. Inscription Ordre des médecins Casa : 22074
4, Bd Abderrahim Bouabib. Quartier L'Oasis. 20035 Casablanca Téléphone. 0666888308

Casablanca le 15 février 2024

Monsieur RAHLI MOUHSSINE

FACTURE N°	9483
Analyses :	
Numération formule sanguine -----	B 80 Total : B 80
Prélèvements :	
Sang-----	Pc 1,5
TOTAL DOSSIER	130,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Trente Dirhams

LabOasis
 Laboratoire d'analyses biomédicales
 4 Boulevard Abderrahim Bouabid et Angle
 Rue BH Hakim Oasis Casablanca 20410 Maroc
 Fixe : 05 22 25 58 02 Gsm : 06 66 88 83 08
 If: 459002224 Portatif : 343074189
 C: 00253023600094 INPE: 093064236

Prélèvement à domicile
 sur rendez Vous :
 05 22 25 48 98
 GSM : 06 66 88 83 08

.....
 Pr Farid Hakkou
 Médecin biologiste

Dossier ouvert le : 15/02/24
 Prélèvement effectué à 10:29
 Edition du : 15/02/24 à : 14:23



Monsieur RAHLI MOUHSSINE
 DDN : 03/03/1972

Réf. : 24B84
 INPE : 093064236

Page : 1/1

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

GLOBULES ROUGES

			Normales
			(Homme Adulte)
Hématies -----:	5,45	M/mm ³	4,5 - 5,55
Hémoglobine -----:	17,2	* g/dl	12 - 17
Hématocrite -----:	48,9	%	40 - 50
- V.G.M. -----:	90	μ ³	80 - 95
- T.C.M.H. -----:	32	pg	28 - 32
- C.C.M.H. -----:	35	g/100 ml	30 - 35

GLOBULES BLANCS

Numération des leucocytes -----:	6 000	/mm ³	4000 - 10000
----------------------------------	--------------	------------------	--------------

Formule leucocytaire

Polynucléaires Neutrophiles ----- :	67,00	%	50 - 70
Soit :	4 020	/mm ³	2000 - 7500
Lymphocytes ----- :	26,00	%	20 - 40
Soit :	1 560	/mm ³	1500 - 4000
Monocytes -----:	5,00	%	1 - 8
Soit :	300	/mm ³	40 - 800
Polynucléaires Eosinophiles ----- :	1,00	%	1 - 3
Soit :	60	/mm ³	40 - 300
Polynucléaires Basophiles ----- :	1,00	%	< 1
Soit :	60	/mm ³	< 100

PLAQUETTES

Résultat -----:	198 000	/mm ³	150000 - 400000
-----------------	----------------	------------------	-----------------

LaboOasis
 Laboratoire d'analyses biomédicales
 4 Boulevard Abderrahim Bouabid et Angle
 Rue Bir Hakim Oasis Casablanca 20410 Maroc
 Fixe : 05 22 25 48 98 GSM : 06 66 88 83 08
 IF: 45900224 Patente 34307189
 ICE: 002530236000049 INPE 093064236