

## 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

- 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.

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

N° W19-461419

46179

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9442

Société :

R.A.M

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

SADOK

AHMED

Date de naissance :

27 OCT 1983

Adresse :

RESIDENCE ENNAKUR IM A N° 29

Tél. :

SDI MAAROUF

Total des frais engagés :

1132.5 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

31/10/2020

Nom et prénom du malade :

SADOK

HALAK

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

palmar - asthme

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

09/11/2020



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Date des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
31/10/2020	R	1	200DH	INP : 0910459310

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/10/2020	202,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/11/20	B, 780	780,00DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : <input type="text"/>																								
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	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

Dr. Nezha Eddlimi

Diplôme Universitaire en Dermatologie Interventionnelle  
de la Faculté de Médecine de Rabat

Diplôme Universitaire de Lasers à visée Esthétique  
de l'Université Paris Descartes

Diplôme Européen des Injections à visée Esthétique  
de l'Université Paris Descartes

Diplôme Universitaire en Nutrition et Diététique Médicale  
de la Faculté de Médecine de Fès

Certificat d'Échographie Clinique de la Faculté de  
Médecine et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة نزهة الدليمي

شهادة جامعية في الطب الجلدي التداخلي من كلية  
الطب بالرباط

شهادة جامعية في التجميل باليزر بباريس - ديكارت

شهادة جامعية أوروبية في الحقن التجميلي بباريس  
- ديكارت

شهادة جامعية في التغذية و التريبة الغذائية الطبية  
من كلية الطب بفاس

الفحص بالصدى من كلية الطب و الصيدلة بالبيضاء

Omnipraticienne

Casablanca, le 28.10.21 في الدار البيضاء،

87000 . Malak

LOT : 180231  
DLUO : 11/202  
87.00 DH

① Rebaux 150



38,50 x 3

② Naloxone 150



38,50

38,50

38,50



202,50

شارع القدس إقامة حبيب الدين عمارة ب الطابق الثاني رقم 24 - الدار البيضاء



# 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 : 2020-5690

Edité le : 02/11/2020

Patient : SADOK Malak

Date prélèvement : 02/11/2020

N° Dossier : 158010033

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION GLOBULAIRE	80	80,00
Ferritine	250	250,00
VITAMINE D ( 25 Hydroxycholecalciférol ) - D2 + D3	450	450,00
Total B	780	780,00
APB	1,0	15,00
Majoration de garde		
Total		795,00

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

**Dr. Nezha Eddlimi**



**الدكتورة نزهة الدليمي**

Diplôme Universitaire en Dermatologie Interventionnelle  
de la Faculté de Médecine de Rabat

Diplôme Universitaire de Lasers à visée Esthétique  
de l'Université Paris Descartes

Diplôme Européen des Injections à visée Esthétique  
de l'Université Paris Descartes

Diplôme Universitaire en Nutrition et Diététique Médicale  
de la Faculté de Médecine de Fès

Certificat d'Échographie Clinique de la Faculté de  
Médecine et de Pharmacie de Casablanca

شهادة جامعية في الطب الجلدي التداخلي من كلية  
الطب بالرباط

شهادة جامعية في التجميل باليزر بباريس - ديكارت

شهادة جامعية أوروبية في الحقن التجميلي بباريس  
- ديكارت

شهادة جامعية في التغذية و التربية الغذائية الطبية  
من كلية الطب بفاس

الفحص بالصدى من كلية الطب و الصيدلة بالبيضاء

Omnipraticienne

Casablanca, le 21/03/2022 في الدار البيضاء،

**SABOUK. Malak**  
**LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES**  
**MEDICALES**  
**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

① NPS PP.  
② Feu kmm  
③ H2O2-D3.

Dr. Nezha EDDLIMI  
Omnipraticienne  
3d. Al Qods Résidence Habib Eddine  
Imm. B, 2ème étage N° 24  
Tél : 05 22 97 52 27

شارع القدس إقامة حبيب الدين عمارة ب الطابق الثاني رقم 24 - الدار البيضاء

Bd. Al Qods, Résidence Habib Eddine Imm.B. 2<sup>ème</sup> Étage N°24 Casablanca - Tél. : 05 22 97 52 27



Enf SADOK Malak

Dossier N° : 158010033

Page : 2/2

VITAMINES

Valeurs Usuelles

Antériorité

VITAMINE D ( 25 Hydroxycholecalciférol ) - D2 + D3 20,80 ng/ml

(Technique : ELFA/Vidas-Biomérieux )

Carence : < 10 ng/ml

Déficit : < 20 ng/ml

Insuffisance : 20 à 29 ng/ml

Normal : 30 à 100 ng/ml

Potentiel Toxique : > 100 ng/ml

Nous vous remercions de votre confiance

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES  
MEDICALES  
Dr. Houda Othmani - Biologiste  
N° 1, Bd El Gouds, Résidence El Gouds  
Mar Oued El Jebel - Casablanca  
Tél: 05 22 21 22 39  
Fax: 05 22 21 22 39  
E: 05 22 21 22 39



Casablanca, le 02/11/2020

## Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 158010033 Pvt du: 02/11/2020 9:55

Nom : Enf SADOK Malak

Age : 15 ans

Demandé par Dr : EDDLIMI NEZHA

Page : 1/2

### HEMATOLOGIE

#### NUMERATION GLOBULAIRE

Valeurs Usuelles

Antériorité

Erythrocytes	:	4,89 M/mm <sup>3</sup>	(3,3 - 5,7)
Hémoglobine	:	12,90 g/dl	(12 - 14,5)
Hématocrite	:	39,00 %	(40 - 52)
VGM	:	79,75 fL	(75 - 95)
TCMH	:	26,38 pg	(24 - 30)
CCMH	:	33,08 g/dl	(32 - 36)
Leucocytes	:	6560 /mm <sup>3</sup>	(5000 - 13000)
Plaquettes	:	263 000 /mm <sup>3</sup>	(150000 - 400000)

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	:	57 % Soit 3739,00 /mm <sup>3</sup>	(2000 - 6000)
Polynucléaires Eosinophiles	:	2,6 % Soit 171,00 /mm <sup>3</sup>	(45 - 600)
Polynucléaires Basophiles	:	0,9 % Soit 59,00 /mm <sup>3</sup>	(Inférieur à 200)
Lymphocytes	:	29,9 % Soit 1961,00 /mm <sup>3</sup>	(1500 - 7000)
Monocytes	:	9,6 % Soit 630,00 /mm <sup>3</sup>	(200 - 800)

Etude du frottis sur lame

La formule leucocytaire est contrôlée sur frottis sanguin.

### BIOCHIMIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

#### FERRITINE

(Technique: AIA TOSOH)

3,90 ng/ml

Homme : 30 - 280 ng/ml  
Femme cyclique : 20 - 120 ng/ml  
Femme ménopausée : 30 - 280 ng/ml  
Naissance :  
nouveau-né : 50 - 450 ng/ml  
1 mois à 2 mois : 90 - 500 ng/ml  
3 mois à 5 mois : 40 - 250 ng/ml  
6 mois à 16 ans : 20 - 200 ng/ml

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES  
Dr. Houda OTHMANI - Biologiste  
N°2, Bd El Qods, Résidence El Qods  
Quartier Omnia, Ain Chock - CASABLANCA  
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 36  
N°PE: 092061596  
Dr. Houda OTHMANI