

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 - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'I
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
M23-012633

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6081 Société : 63951
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SAASAA AICHA
 Date de naissance : 15-06-1955
 Adresse : 109 Lot Al Fath Florida
 Sidi Naamouf CASA
 Tél. : 0658490663 Total des frais engagés : 100,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Kamal LAHDA
ONCOLOGUE - RADIO-THÉRAPEUTE
 Centre International d'Urologie de Casablanca
 4, Route de l'OS - Rue des Acacias - Casablanca
 Tél. : 05 22 77 81 61 - Fax : 05 22 96 65 74
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 29/05/2023
 Nom et prénom du malade : SAASAA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cancer mammaire
 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 : CASA Le : 06/06/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

06 JUIN 2023

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'accomplissement des Actes
28.05.23	G		600	<p>Dr. Karim LAHBAB</p> <p>Centre de Radiothérapie - Radiologie de Casablanca</p> <p>105, rue de l'Indépendance - Casablanca</p> <p>Tel : 05 22 71 11 61 - Fax : 05 22 71 11 62</p>
05.06.23	G		250	

Dr. Karim
 ONCOLOGO

[illegible]

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>SERVICE LABORATOIRE - N° 4 HOPITAL PRIVÉ CASABLANCAIN SEBAA INPE : 090063322 279, Bd. Chefchaoueni - Ag. Sebâa</p>	05/06/23		100 DH

Date
05/06/23

Montant
des Honoraires[illegible]

Date des Soins

A M

PC

IM

IV

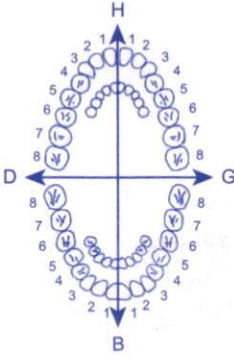
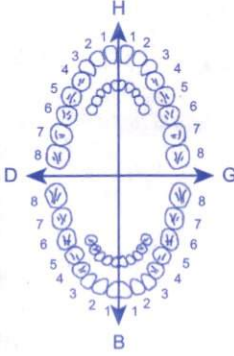
Montant détaillé
des Honoraires

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													
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>												
				Montants des Soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<div style="text-align: center;"> H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">B</td> </tr> </table> </div>			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															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>												
				Date du devis <input type="text"/>												
			Date de l'exécution <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE

Honoraires

Casablanca , le 05/06/2023

Dossier N°: 050623-325 du: 05/06/2023

Médecin Dr :LAHBABI KAMAL

23-000878 N°Chambre

Patient :Mme SAASAA AICHA

Analyses	Cotation	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE	80	107,200
Total B		80
Montant de prélèvement		11,75
Total en dirhams		100,00

SERVICE LABORATOIRE - N°4
HOPITAL PRIVÉ CASABLANCA AIN SEBA
INPE : 090063273
279, Bd. Chefchaouni - Ain Sebaa



Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Kamal LAHBABI
Oncologue - Radiothérapeute
Ancien interne des Hôpitaux de Rennes
Ancien praticien de l'institut Bergonisé-Bordeaux

Casablanca, le.....

29/05/2023

MME SAASAA AICHA

NFS

RDV prévu le 05/06/2023

Dr. Kamal LAHBABI
ONCOLOGUE - Radiothérapeute
Centre International d'Oncologie Casablanca
4, Route de l'Oasis, rue des Alouettes - Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

SERVICE LABORATOIRE
HÔPITAL - CASABLANCA
Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74
279, Bd. Cheikh Mohamed VI - Annexe

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



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع



Casablanca, le 05/06/2023

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 050623-325 Pvt du: 05/06/2023 7:58

Mme SAASAA AICHA

IPP Patient : 23-000878/23

Patient Ordinaire :

Prescrit par Dr LAHBABI KAMAL

Page : 1/1

HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION FORMULE SANGUINE**NUMERATION**

Globules blancs	:	4 530 /mm ³	(4000 - 10000)	4950 (29/05/23)
Globules rouges	:	3,97 10 ⁶ /mm ³	(3,92 - 5,08)	4,07 (29/05/23)
Hémoglobine	:	11,20 g/dl	(11,9 - 14,6)	11,60 (29/05/23)
Hématocrite	:	35,80 %	(36,6 - 48)	36,80 (29/05/23)
VGM	:	90,10 fL	(82,9 - 98)	90,40 (29/05/23)
TCMH	:	28,30 pg	(27 - 32)	28,50 (29/05/23)
CCMH	:	31,40 g/dl	(32 - 36)	31,50 (29/05/23)
Plaquettes	:	243 000 /mm ³	(150000 - 450000)	257 000 (29/05/23)

FORMULE

Polynucléaires Neutrophiles	:	62,10 %	Soit	2813/mm ³	(1500 - 7000)	3158,10 (29/05/23)
Lymphocytes	:	28,90 %	Soit	1309/mm ³	(1500 - 4000)	1514,70 (29/05/23)
Monocytes	:	7,90 %	Soit	357/mm ³	(100 - 1000)	242,55 (29/05/23)
Polynucléaires Eosinophiles	:	0,60 %	Soit	27/mm ³	(50 - 500)	19,80 (29/05/23)
Polynucléaires Basophiles	:	0,50 %	Soit	22/mm ³	(10 - 100)	14,85 (29/05/23)

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

279, Bd. Chefchaouni Ain Sebaa - Casablanca
Tél. : 05 22 68 00 00 - Fax : 05 22 35 66 44
RC : 431357 - IF : 34460126 - ICE : 002247038000079
E-mail : direction@hpc.ma - Site web : www.hpc.ma

Dr. SENTISSI Hamza
Médecin Biologiste
INPE : 090063272