

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



Déclaration de Maladie

M22- 0048058

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6081 Société : 168635
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SAASAA AICHA
Date de naissance : 15-06-1955
Adresse : 109 Lot Al Fath-1- Florida
Sidi Naïrouf CASABLANCA
Tél : 0658490663 Total des frais engagés : 100,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 12 / 06 / 2023
Nom et prénom du malade : SAASAA Aicha Age:
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Concomitante
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 : 12 / 06 / 2023
Signature de l'adhérent(e) : AS

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

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
<div data-bbox="127 590 360 901" data-label="Text"> <p>SERVICE LABORATOIRE N°4 HOPITAL PRIVÉ CASABLANCA EL SEBAË INPE: 090063222 Dr. Cherhaboui - AS</p> </div>	19/6/23	B80	1000H

AUXILIAIRES MEDICAUX

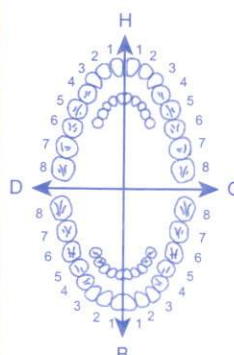
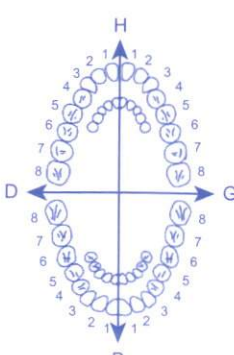
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION														
<div>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</div> <div>  </div>	<div>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

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



Casablanca, le 19/06/2023

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 190623-853 Pvt du: 19/06/2023 9:15

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	:	6 030 /mm ³	(4000 - 10000)	4620 (12/06/23)
Globules rouges	:	4,10 10 ⁶ /mm ³	(3,92 - 5,08)	4,02 (12/06/23)
Hémoglobine	:	11,60 g/dl	(11,9 - 14,6)	11,50 (12/06/23)
Hématocrite	:	36,60 %	(36,6 - 48)	35,60 (12/06/23)
VGM	:	89,20 fL	(82,9 - 98)	88,40 (12/06/23)
TCMH	:	28,40 pg	(27 - 32)	28,70 (12/06/23)
CCMH	:	31,80 g/dl	(32 - 36)	32,40 (12/06/23)
Plaquettes	:	254 000 /mm ³	(150000 - 450000)	254 000 (12/06/23)

FORMULE

Polynucléaires Neutrophiles	:	79,20 %	Soit 4775/mm ³	(1500 - 7000)	3044,58 (12/06/23)
Lymphocytes	:	15,60 %	Soit 940/mm ³	(1500 - 4000)	1279,74 (12/06/23)
Monocytes	:	4,80 %	Soit 289/mm ³	(100 - 1000)	263,34 (12/06/23)
Polynucléaires Eosinophiles	:	0,20 %	Soit 12/mm ³	(50 - 500)	18,48 (12/06/23)
Polynucléaires Basophiles	:	0,20 %	Soit 12/mm ³	(10 - 100)	13,86 (12/06/23)

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



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE

Honoraires

Casablanca, le 19/06/2023

Dossier N°: 190623-853 du: 19/06/2023

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 : 090063272
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.....

12/06/2023

MME SAASAA AICHA

NFS

RDV prévu le 19-06.

SERVICE LABORATOIRE - N°4
HOPITAL PRIVÉ CASABLANCA AIN SEBAA
INPE : 090063242
279, Rd. Chetoui - Ain Sebaa

Dr. Kamal LAHBABI
ONCOLOGUE - RADIOTHERAPEUTE (2)
Centre International d'Oncologie de Casablanca
4, route de l'Oasis, rue des Alouettes - Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

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