

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.

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 Haârouf

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 : Cervicome 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 :

Le : 12 / 06 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

AS

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

**Cachet et signature du
laboratoire en cas d'embargo**

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIOSURFILS			
Cachet et signature du Laboratoire et du Guillebuge	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
INPE : 100063222 M. Chef hanuni - A6 Sébastien SERVICES LABORATOIRE CAPITAL PRIVÉ INPE : 100063222	19/6/23	B80	100.0H

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

70

Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412
00000000
00000000
35533411
11433553

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A vertical line labeled 'H' at the top represents the midline, and a horizontal line labeled 'D' on the left and 'G' on the right represents the dental arch. The teeth are arranged in a standard dental layout, with the upper arch showing a mesial curve of Spee and the lower arch showing a distal curve of Spee.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution



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 : 080063272



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
HÔPITAL PRIVÉ CASABLANCA AIN SEBAA
INPE : 090063272
279, Bd. Chefchaouni - Ain Sebaâ



AKDITAL

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
279, Rd. Chichaouni - Ain Sebaa
INP : 090063242

Dr. Kamal LAHBABI
Oncologue - Radiothérapeute (2)
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
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma

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