

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° P19- 057021

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5197 Société : 202740
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RENOUANI BATHIA
 Date de naissance : 09/07/59
 Adresse : N° 12, Rue DARMENIE 2 Mars ASA
 Tél. : 06/1424863 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

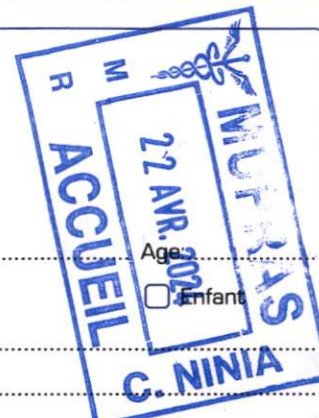
Date de consultation : 28/03/2024
 Nom et prénom du malade : Redouani Bouhass
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint
 Nature de la maladie : Carcinome mammaire

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 : 28/03/2024
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
28.03.20	6		300	<p>Dr. Kamal LAHBABI Oncologue - Radiothérapeute 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</p>

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
<p>SERVICE LABORATOIRE - RADIOLOGIE HOPITAL CASABLANCA ANNEXE INPE : 090063272 279, Bd. Chefchaoui - Ain Sebaa</p>	31/4/24	B 850	920.D.M

AUXILIAIRES MEDICAUX

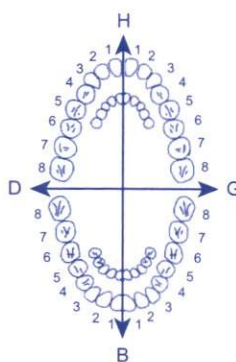
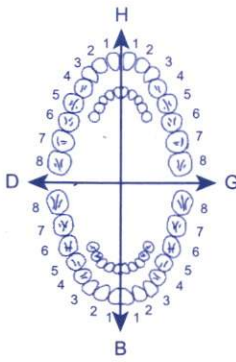
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Casablanca, le.....

29/03/2024

MME REDOUANI BAHJA

NFS

Urée creat

ASAT ALAT GGT PAL

glycemie à jeun

TP TCK

CA 15-3


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
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma
SERVICE LABORATOIRE - N° 4
HOPITAL PRIVÉ CASABLANCA AIN SEBAA
INPE : 090063272
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
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE

Dr. Hamza SENTISSI

Médecin Biologiste

Casablanca, le 03/04/2024

Facture N°

Dossier N° : 030424-292 du: 03/04/2024

Patient : **Mme REDOUANI BAHJA**

Code CNOPS	Analyses	B	Coefficient	Prix en DH
216	NUMERATION FORMULE SANGUINE	80	107,20	107,20
118	GLYCEMIE	30	40,20	40,20
111	Créatinine	30	40,20	40,20
135	UREE	30	40,20	40,20
146	GOT/ASAT	50	67,00	67,00
147	GPT/ALAT	50	67,00	67,00
141	GAMMA GT	50	67,00	67,00
143	PHOSPHATASES ALCALINES	50	67,00	67,00
236	TAUX DE PROTHROMBINE	40	53,60	53,60
239	TEMPS DE CEPHALINE ACTIVE: TCA	40	53,60	53,60
363	Antigène CA15-3	400	536,00	536,00

Prix du prélèvement 11,75

Total B 850

Total en dirhams 920,00

**AKDITAL**

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع



Casablanca, le 04/04/2024

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 030424-292 Pvt du: 03/04/2024 10:52

Mme REDOUANI BAHJA

IPP Patient :23-004200/24

Patient Ordinaire :

Prescrit par Dr LAHBABI KAMAL

Page : 1/2

HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION FORMULE SANGUINE**NUMERATION**

Globules blancs	:	4 360 /mm ³	(4000 - 10000)	5090 (27/05/23)
Globules rouges	:	4,67 10 ⁶ /mm ³	(3,92 - 5,08)	4,54 (27/05/23)
Hémoglobine	:	13,80 g/dl	(11,9 - 14,6)	13,50 (27/05/23)
Hématocrite	:	42,10 %	(36,6 - 48)	41,80 (27/05/23)
VGM	:	90,20 fL	(82,9 - 98)	92,10 (27/05/23)
TCMH	:	29,50 pg	(27 - 32)	29,60 (27/05/23)
CCMH	:	32,70 g/dl	(32 - 36)	32,20 (27/05/23)
Plaquettes	:	239 000 /mm ³	(150000 - 450000)	261 000 (27/05/23)

FORMULE

Polynucléaires Neutrophiles	:	55,70 %	Soit	2428/mm ³	(1500 - 7000)	3359,40 (27/05/23)
Lymphocytes	:	27,90 %	Soit	1216/mm ³	(1500 - 4000)	951,83 (27/05/23)
Monocytes	:	10,70 %	Soit	466/mm ³	(100 - 1000)	498,82 (27/05/23)
Polynucléaires Eosinophiles	:	5,20 %	Soit	226/mm ³	(50 - 500)	259,59 (27/05/23)
Polynucléaires Basophiles	:	0,50 %	Soit	21/mm ³	(10 - 100)	20,36 (27/05/23)



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

Mme REDOUANI BAHJA

Dossier N° : 030424-292

Page : 2/2

BIOCHIMIE SANGUINE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
GLYCEMIE A JEUN	:	1,09 g/l (0,75 - 1,15)	0,95 (27/05/23)
		6,05 mmol/l (4,16 - 6,38)	
CREATININE	:	6,23 mg/l (4,7 - 10,4)	5,94 (27/05/23)
		55,14 µmol/l (42 - 92)	
UREE	:	0,15 g/l (0,1 - 0,5)	0,19 (27/05/23)
		2,50 mmol/l (1,67 - 8,34)	

BILAN HEPATIQUE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
GOT/ASAT	:	18 UI/l (Inférieur à 40)	18 (27/05/23)
GPT/ALAT	:	17 UI/l (Inférieur à 34)	21 (27/05/23)
GAMMA GT	:	24 UI/l (9 - 36)	31 (27/05/23)
PHOSPHATASES ALCALINES	:	80 UI/l (Inférieur à 240)	82 (27/05/23)

HEMOSTASE-COAGULATION

		Valeurs Usuelles	Antériorité
TAUX DE PROTHROMBINE			
Patient	:	11,90 sec.	12,20 (27/05/23)
Taux de prothrombine	:	100,00 % (70 - 100)	90,50 (27/05/23)
INR (Inter-Normal-Ratio)	:	1,00	1,05 (27/05/23)

TEMPS DE CEPHALINE ACTIVE

Temps du patient	:	26,40 Sec (25 - 38)	25,00 (27/05/23)
Ratio patient / témoin	:	1,06 (Inférieur à 1,2)	

MARQUEURS TUMORAUX

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Antigène CA15-3	:	3,50 U/ml (Inférieur à 31,3)	5,30 (27/05/23)

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

q 20, - b7/s