

## 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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'Asphalte Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-519698

37588

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 0944	Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HALMONY ABDELLAH			
Date de naissance : 09/01/1930			
Adresse : Coop/ALICHAFF II - n°21 S. Maarouf CASABLANCA			
Télé : 0526 32 19 96	Total des frais engagés :	Dhs	
0698 33 54 54			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           Dr. A.M EL ALAOUI            HEMATOLOGUE            Omia Ibn Esselt Bélevedère            Casablanca         </div> <span style="float: right;">25 Aout 2020</span>			
Date de consultation : 15/08/20			
Nom et prénom du malade : HALMONY ABDELLAH			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Cependant il y a eu opération			
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/08/20

VOLET ADHÉRENT



# مصحة الاختصاصات الشفاء

## Clinique des Spécialités Achifaa



Angle Rues Lahcen El Arjouni et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Tél. : 05 22 86 22 86  
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Casablanca, le :

19/08/2020

Docteur :

Dr HARMONY Abdellwajid

Clueau 500

A epig. x 30g

150 mg Xarelto 15 -

210 mg A y h -

As feqid 100 -



116.90 Fexader 500  
1 cp 2 kg X 1 year

Dr. A. M. EL ALAOUI  
Oncologie Hématologie  
Casablanca  
GSM: 06 63 45 61 94

**CLINIQUE DES SPECIALITES ACHIFAA**

CASABLANCA

# **Reçu de caisse**

*Médecin : DR. ALAOUI MOHSSINE AZZEDINE*

## **CONSULTATION**

N° : 2008191159593080 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
20A09513	HALMOUNY ABDELMAJID	19/08/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300.00
PAYANT	Total	300.00

TROIS CENTS DIRHAMS



valable 3 mois

Le 19/08/2020

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr. AMEL LAOURI  
HEMATOLOGIST  
Fesselt Belvedere  
Casablanca - 2001  
GSM: 0522 45 41 01

Certifie que Mle, Mme, M. :

HALMONY Abdellatif

Présente

Symptome : Hyperthyroïdie -  
Thyrotoxicose

Dont ci-joint ordonnance :

Oui -

(à défaut noter le traitement prescrit)

**Date du prélèvement :** 18-08-2020 à 15:33  
**Code patient :** 1908062008  
**Né(e) le :** 09-01-1930 (90 ans)



**Mr Abdelmajid HALMONY**  
Dossier N° : 2008182020  
Prescripteur : Dr A.M EL ALAOUI

(\*\*) : .

Prise de sang: \*\*

### HEMATOLOGIE

#### NUMERATION GLOBULAIRE(Sysmex XT-1800i)

16-03-2020

Leucocytes **	<b>16.78</b>	G/L	(3.90-10.20)	12.35
Hématies **	<b>6.40</b>	T/L	(4.00-5.65)	5.38
Hémoglobine **	13.9	g/dL	(12.5-17.2)	12.8
Hématocrite **	43.3	%	(37.0-49.0)	39.8
V.G.M **	<b>67.7</b>	fL	(80.0-101.0)	74.0
T.C.M.H **	<b>21.7</b>	pg	(27.0-34.0)	23.8
C.C.M.H **	32.1	g/dL	(30.0-36.0)	32.2

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE(Sysmex XT-1800i)

65.8

Poly. Neutrophiles **	63.0	%	65.8
Soit **	<b>10.57</b>	G/L	(1.50-7.70)
Poly. Eosinophiles **	2.7	%	2.6
Soit **	0.45	G/L	(0.02-1.10)
Poly. Basophiles **	1.3	%	0.32
Soit **	0.21	G/L	(<0.35)
Lymphocytes **	24.0	%	1.9
Soit **	4.02	G/L	(>1.00)
Monocytes **	9.0	%	2.67
Soit **	1.51	G/L	(0.10-2.70)
<b>PLAQUETTES(Sysmex XT-1800i) **</b>	<b>739</b>	G/L	(150-450)

#### PLAQUETTES(Sysmex XT-1800i) \*\*

LEUCOCYTOSE. THROMBOCYTOSE

(\*\*) : .

Validé par le biologiste  
 Dr AZIZ MOTAOUAKKIL  
 LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
 187 Boulevard Ibnou Sina - Casablanca  
 Tel. 0522 95 C3 - 0522 94 77 44  
 E-mail : evolulab@hotmail.com  
 n°or : 01566533000001