

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.

Biologie 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.

Educational :

- 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.

Prothèse :

- 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

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° P19-0033949

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4470 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAGHRIB AHMED
Date de naissance : 01/01/1954
Adresse : 150° Lot Coop EL WAPA, Deroua
Tél. : 0666-24-33-06 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 29/12/2020
Nom et prénom du malade : LAGHRIB AHMED Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : adénocarcinome pancréatique
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
09/12/21	G	-	G	Dr. Kamal LAHBAB ONCOLOGUE - RADIOTHÉRAPEUTE Centre d'Onco-logie de Casablanca 4, Route des Acaouies - Casablanca Tél: 05 22 77 81 81 - Fax: 05 22 77 81 82
05/01/21	G	-	G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DEROUA PHARMACIEN Centre Commercial Deroua 0522 53 21 77 Fax: 0522 53 25 10	05/01/21	22, a

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
SERVICE LABORATOIRE DE RADIOLOGIE HOPITALINE DE CASABLANCA 279, Bd. Chefchaoui Annaba	05/01/21		100 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

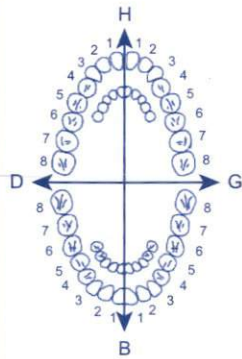
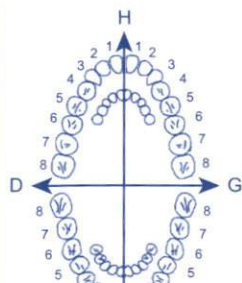
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

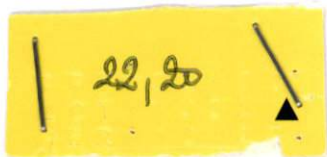
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				MONTANTS DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS										
				DATE DU DEVIS										

Casablanca, le : 5/11/2021

Mr Laghrib
AL



22,20

@ Ce dol



2 up x 3/5

PHARMACIE DEROUA
EL HAKK FOUAD
Tél : 0522 53 21 71 / Fax : 0522 53 25 10
46 - Centre Commercial DEROUA

Dr. Kamal LAHBAEI
ONCOLOGUE - RADIATION
Centre International d'Oncologie Casablanca
4, Route commerciale des Alouettes, Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

29/12/2020

Casablanca, le :

MR. LAGHRIB AHMED

Analyses :

NFS



SERVICE LABORATOIRE Cellule 210.C
HOPITAL PRINCE DE CASABLANCA AN SEBA
279, Bd. Mohammed VI, Casablanca
Tél : 0522 99 65 272
Dr. Chahouni A. Sebba



Casablanca, le 05/01/2021

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 050121-718 Pvt du: 05/01/2021 11:44

Mr LAGHRIB AHMED

Patient Ordinaire :

Prescrit par Dr LAHBABI KAMAL

Page : 1/1

HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION FORMULE SANGUINE

NUMERATION

Globules blancs	:	8100	/mm ³	(4000 - 10000)	7400 (29/12/20)
Globules rouges	:	4,11	10 ⁶ /mm ³	(4,44 - 5,61)	4,23 (29/12/20)
Hémoglobine	:	13,30	g/dl	(13,5 - 16,9)	13,50 (29/12/20)
Hématocrite	:	40,00	%	(40 - 49)	40,90 (29/12/20)
VGM	:	97,30	fL	(81,8 - 95,5)	96,70 (29/12/20)
TCMH	:	32,40	pg	(27 - 32)	31,90 (29/12/20)
CCMH	:	33,30	g/dl	(32 - 36)	33,00 (29/12/20)
Plaquettes	:	138 000	/mm ³	(150000 - 450000)	319 000 (29/12/20)

FORMULE

Polynucléaires Neutrophiles	:	42,3 %	Soit	3426/mm ³	(1500 - 7000)	2612,20 (29/12/20)
Lymphocytes	:	47,8 %	Soit	3871/mm ³	(1500 - 4000)	3914,60 (29/12/20)
Monocytes	:	7,8 %	Soit	631/mm ³	(100 - 1000)	725,20 (29/12/20)
Polynucléaires Eosinophiles	:	1,4 %	Soit	113/mm ³	(50 - 500)	103,60 (29/12/20)
Polynucléaires Basophiles	:	0,7 %	Soit	56/mm ³	(10 - 70)	44,40 (29/12/20)
Vérification sur frottis	:	Présence de quelques micro-agrégats plaquettaires à contrôler ultérieurement				

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

Honoraires

Casablanca , le 05/01/2021

Dossier N°: 050121-718 du: 05/01/2021

Médecin Dr :LAHBABI KAMAL

20-012918 N°Chambre

Patient :Mr LAGHRIB AHMED

Analyses	Cotation	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE	80	107,200
Prélèvement sang veineux	1	11,750
Total B		80
Total en dirhams		100,00

SERVICE LABORATOIRE - Cellule C.I.O.C
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA AIN SEBAÂ
INPE : 090060272
279, E.I. Chefchaouni Aïn Sebaâ