

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## 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 canaux, 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 canaux.

## 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0006320

66325

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1470 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAGHRIB AHMED

Date de naissance : 01/01/1984

Adresse : 150 Lot coop EL WAFI, Derana

Tél. : 06-66-84-33-06 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Kamal LAIB  
ONCOLOGUE - RADIOTHERAPEUTE  
Centre International d'Oncologie de Casablanca  
4, Route de l'Industrie des Aérospatiales - Casablanca  
Tél : 05 22 77 01 81 - Fax :

**MUPRAS**

Date de consultation : 18/02/2021

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) :

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
18/2/21	G			Dr. KAMEL AFRAB ONCOLOGUE - RADIAT Centre International d'Onco 1, Route de l'Indépendance des A Tél : 05 22 11 11 11

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DEROUA EL HACHOUA 29, Bd. Chefchaouni - Ain Sebaâ	18/2/21	229,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
SERVICE RADIOLOGIE HOPITAL PRIVÉ CASABLANCA AIN SEBAÂ INPE : 090063272 29, Bd. Chefchaouni - Ain Sebaâ	18/2/21		100 D.H.

# AUXILIAIRES MEDICAUX

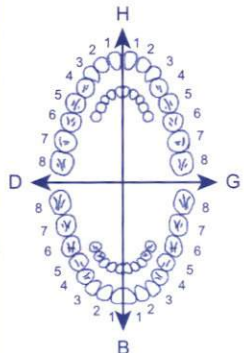
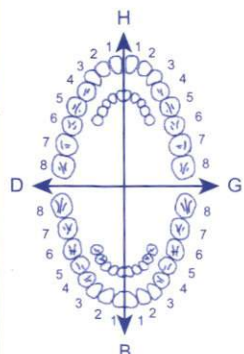
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></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																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Casablanca, le :

18/02/2024

**Mr. LAGHRIB AHMED**

**NEOFORTAN® 160 mg**

PPV 96DH80  
EXP 12/2024  
LOT 00047

**1/ EZIUM 20MG**

1 gelule le matin

**2/ GAVISCON SIROP**

1 cuillère à soupe Matin et  
pendant 3 mois

**3/ NEOFORTAN 160 BT 10**

1 cp trois fois par jour



Casablanca, le : 18/02/2021

**Mr. LAGHRIB AHMED**

**Analyses :**

NFS  
RDV prévu le

SERVICE LABORATOIRE - N°4  
HOPITAL PRIVÉ CASABLANCA AIN SEBAÂ  
INPE : 090863272  
279, Bd. Chefchaoui - Ain Sebaâ

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





Casablanca, le 18/02/2021

**Compte rendu d'analyses**

Dossier N° : 180221-715 Pvt du: 18/02/2021 10:39

Mr LAGHRIB AHMED

Patient Ordinaire :

Prescrit par Dr LAHBABI KAMAL

Page : 1/1

**HEMATOLOGIE**

**NUMERATION FORMULE SANGUINE**

**NUMERATION**

Globules blancs	:	7300	/mm <sup>3</sup>	( 4000 - 10000 )	7700 (26/01/21)
Globules rouges	:	4,19	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	( 4,44 - 5,61 )	3,91 (26/01/21)
Hémoglobine	:	13,30	g/dl	( 13,5 - 16,9 )	12,80 (26/01/21)
Hématocrite	:	41,00	%	( 40 - 49 )	38,60 (26/01/21)
VGM	:	97,90	fL	( 81,8 - 95,5 )	98,70 (26/01/21)
TCMH	:	31,70	pg	( 27 - 32 )	32,70 (26/01/21)
CCMH	:	32,40	g/dl	( 32 - 36 )	33,20 (26/01/21)
Plaquettes	:	293 000	/mm <sup>3</sup>	( 150000 - 450000 )	265 000 (26/01/21)

**FORMULE**

Polynucléaires Neutrophiles	:	40 %	Soit	2920/mm <sup>3</sup>	( 1500 - 7000 )	3619,00 (26/01/21)
Lymphocytes	:	48,5 %	Soit	3540/mm <sup>3</sup>	( 1500 - 4000 )	2949,10 (26/01/21)
Monocytes	:	10 %	Soit	730/mm <sup>3</sup>	( 100 - 1000 )	993,30 (26/01/21)
Polynucléaires Eosinophiles	:	1,1 %	Soit	80/mm <sup>3</sup>	( 50 - 500 )	100,10 (26/01/21)
Polynucléaires Basophiles	:	0,4 %	Soit	29/mm <sup>3</sup>	( 10 - 70 )	38,50 (26/01/21)

Dr. SENTISSI Hamza  
Médecin Biologiste  
Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaâ  
HPC 00363272

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

**Honoraires**

Casablanca, le 18/02/2021

**Dossier N°: 180221-715 du: 18/02/2021**

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 - N°4  
HOPITAL PRIVÉ CASABLANCA AIN SEBAA  
INP : 090063272  
279, Bd. Chefchaouni - Ain Sebaâ