

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.

Diagnostique 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 canalaire, 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 canalaire.

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° P19-0001042

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3215 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IDOUZ Mohamed Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/04/2021

Nom et prénom du malade : BOUAMMA Aicha Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Neoplasie 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/05/2021

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
14/04/22		5	280,00	

[illegible][illegible][illegible][illegible]VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Casablanca, le :

Reçu de caisse N° : 18210

boudadm

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT160200016	BOUSMARA AICHA	14/04/2021

Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Espèce	CHIMIOThERAPIE	250,00
Reçu établi par :	Total payé	250,00

4, route de l'Oasis rue des Alouettes
Casablanca

Tél. : 0522 77 81 81

Fax : 0522 99 65 74

E-mail : naoufal.mamou@gmail.com

Site web : www.ciocasablanca.ma

Dr. Naoufal Mamou
Oncologue-Radiothérapeute
Centre International d'Oncologie Casablanca
Tél. : 05 22 77 81 81
Route de l'Oasis rue des Alouettes - Casablanca

ah AKDITAL
Acteur de Santé

Casablanca, le :

14/04/2021

Mme BOUSMARA AICHA

Analyses :

NFS

TRANSAMINASES HEPATIQUES

Dr. Naoufal Mamou
Centre International d'Oncologie Casablanca
Oncologue - Radiothérapeute
Route de l'Oasis, Rue des Alouettes - Casablanca
Tel : 05 22 77 81 81
SERVICE LABORATOIRE : N°4
HOPITAL PRIVÉ CASABLANCA AIN SEBAA
INPE : 090063272
279, Bd. Chefchaoui - Ain Sebâa

Honoraires

Casablanca , le 04/05/2021

Dossier N°: 040521-459 du: 04/05/2021

Médecin Dr :MAMOU NAOUFAL

21-005062 N°Chambre

Patient :Mme BOUSMARA AICHA

Analyses	Cotation	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE	80	107,200
GOT/ASAT	50	67,000
GPT/ALAT	50	67,000
Prélèvement sang veineux	1	11,750

Total B 180

Total en dirhams 230,00

SERVICE LABORATOIRE - N°4
HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA
INPE : 090063272
279, Bd. Chefchaouni - Aïn Sebaâ



Casablanca, le 04/05/2021

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 040521-459 Pvt du: 04/05/2021 9:27

Mme BOUSMARA AICHA

IPP Patient : 21-005062/21

Patient Ordinaire :

Prescrit par Dr MAMOU NAOUFAL

Page : 1/1

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

NUMERATION

Valeurs Usuelles

Antériorité

Globules blancs	:	4700	/mm ³	(4000 - 10000)
Globules rouges	:	4,33	10 ⁶ /mm ³	(3,92 - 5,08)
Hémoglobine	:	11,80	g/dl	(11,9 - 14,6)
Hématocrite	:	36,30	%	(36,6 - 48)
VGM	:	83,80	fL	(82,9 - 98)
TCMH	:	27,30	pg	(27 - 32)
CCMH	:	32,50	g/dl	(32 - 36)
Plaquettes	:	328 000	/mm ³	(150000 - 450000)

FORMULE

Polynucléaires Neutrophiles	:	53,8 %	Soit	2528/mm ³	(1500 - 7000)
Lymphocytes	:	22,1 %	Soit	1038/mm ³	(1500 - 4000)
Monocytes	:	21,5 %	Soit	1010/mm ³	(100 - 1000)
Polynucléaires Eosinophiles	:	2,1 %	Soit	98/mm ³	(50 - 500)
Polynucléaires Basophiles	:	0,5 %	Soit	23/mm ³	(10 - 70)

BILAN HEPATIQUE

Valeurs Usuelles

Antériorité

GOT/ASAT	:	35	UI/l	(Inférieur à 40)
GPT/ALAT	:	43	UI/l	(Inférieur à 34)

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

Dr. S. HANZA
Médecin Biologiste
Hôpital Privé Casablanca Aïn Sebaâ
INRE : 090063272