

7

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° W21-608296

7/1925

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 944 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HALMONY ABDELMAJID

Date de naissance : 09/01/30

Adresse : Coop/ALICHAFF II - n° 21. Sidi Naarouf - CASABLANCA

Tél. : 0698.33.54.57 Total des frais engagés : 1.024,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/05/2021

Nom et prénom du malade : HALMONY Abdelmajid Age :

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

Nature de la maladie : IR + Deshy

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, compléter 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.

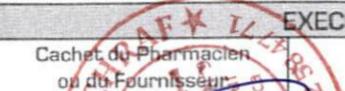
Fait à : CASABLANCA le 10/05/21

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
11/05/01	g	01	500	INF : 900466664

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	<div> <div>Date</div> <div>Montant de la Facture</div> </div>
	<div> <div>14/05/2021</div> <div>69.0</div> </div>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/05/21	Bilam	455,00

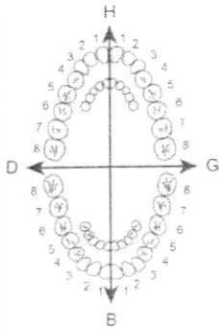
[illegible]

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	DNP : <input type="text"/>
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 0000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 0000000 0000000 35533411 G </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	B			
	(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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز الأنتكولوجيا الشفاء
Centre D'Oncologie Achifaa



Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc
Tél. : 05 22 85 80 83/84/85 - Fax : 05 22 85 80 86 - Email : contact@oncologie-achifaa.ma

Casablanca le :

11/05/21

Dr HALMONY Abdelmajid

PPV: 69 DH 50



69.00

Cremeul too



2 gel 2x5 x 10j



Signature and blue stamp of Pharmacie ALICHRAF. The stamp includes the text 'Pharmacie ALICHRAF', 'Lot Allichraf 2 N°9', 'Sidi Maatrouf', 'Casablanca', and 'Tél/Fax: 0522 85 83 84/85'.



مركز الأنتولوجيا الشفاء
Centre D'Oncologie Achifaa



Angle Rues Lahcen El Arjouni et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc
Tél. : 05 22 85 80 83/84/85 - Fax : 05 22 85 80 86 - Email : contact@oncologie-achifaa.ma

Dr. AM-EL ALAOUI
HEMATOLOGISTE
3, Rue Batignolles - Belvédère - GASA
Tél: 022 40.08.12

Casablanca le : 11/05/21

Compte rendu d'hospitalisation

M. R. Haluony Abdelmajid
Suivi et traité pour syndrome.

Dysoprolifératif et adénos
pour transfusion érythrocytaire.
Survenant il reçoit
trois culots érythrocytaires
sur deux jours.

Dr. AM-EL ALAOUI
HEMATOLOGISTE
3, Rue Batignolles - Belvédère - GASA
Tél: 022 40.08.12



مصلحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

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

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Casablanca, le :

11/05/21

Docteur :

Dr Halmouny Abdelmajid.

NBS + pl.

Toujours
Sanguin.

HALMOUNY
abdelmajid 0



21E292

11/05/21

Dr.L.DOUKALI - KHALFI
Médecin Biologiste
Laboratoire Achifaa
INP:0090060419

Jr. AM - EL ALAOU
HEMATOLOGISTE
7, Rue Baignolle - Casablanca - Cas
Tél: 05 22 86 22 23

CLINIQUE DES SPECIALITES ACHIFAA

CASABLANCA

Reçu de caisse

Médecin : DR. ALAOUI MOHSSINE AZZEDINE

LABORATOIRE

N°: 2105111221593080 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
21A06979	HALMOUNY ABDELMAJID	11/05/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		455,00
PAYANT	Total	455,00
QUATRE CENT CINQUANTE-CINQ DIRHAMS		



مصلحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa



Laboratoire d'Analyses Médicales Achifaa

Casablanca le 11 mai 2021

Monsieur HALMONY ABDELAMJID

Externe

FACTURE	2847/2021
---------	-----------

Analyses :	
Numération formule sanguine	
Ionogramme sanguin	Total : B 350
Prélèvements :	
Sang	
TOTAL DOSSIER	
455,00 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Cinquante Cinq Dirhams

Dr.L.DOUKKALI - KHALFI
Médecin Biologiste
Laboratoire Achifaa
INP:0090060419



مصحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa



Laboratoire d'Analyses Médicales Achifaa

Dossier ouvert le : 11/05/21
Prélèvement reçu à 11:39
Edition du : 11/05/21 à : 12:45

Monsieur HALMOUNY ABDELAMJID

DDN : 0

Réf. : 21E292

Page : 1/2

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(ABBOTT/ RUBY)

GLOBULES ROUGES

Hématies -----	4,73	M/mm ³	4,5 - 5,55
Hémoglobine -----	11,8 *	g/100 ml	14 - 17
Hématocrite -----	32 *	%	40 - 50
- V.G.M. -----	69 *	μ ³	80 - 95
- T.C.M.H. -----	25 *	pg	28 - 32
- C.C.M.H. -----	36 *	g/100 ml	30 - 35

GLOBULES BLANCS

Numération des leucocytes ----- : 13 100 * /mm³ 4000 - 10000

Formule leucocytaire

Polynucléaires Neutrophiles -----	81,1 *	%	50 - 70
Soit :	10 624	/mm ³	2000 - 7500
Lymphocytes -----	12,4 *	%	20 - 40
Soit :	1 624	/mm ³	1500 - 4000
Monocytes -----	4,5	%	1 - 8
Soit :	590	/mm ³	40 - 800
Polynucléaires Eosinophiles -----	0,5 *	%	1 - 3
Soit :	64	/mm ³	40 - 300
Polynucléaires Basophiles -----	1,6 *	%	< 1
Soit :	207	/mm ³	< 100

PLAQUETTES

Résultat ----- : 1 323 000 * /mm³ 150000 - 400000

Dr.L.DOUKKALI - KHALFI
Médecin Biologiste
Laboratoire Achifaa
INP:0090060419



مصلحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa



Laboratoire d'Analyses Médicales Achifaa

Dossier ouvert le : 11/05/21
Prélèvement reçu à 11:39
Edition du : 11/05/21 à : 12:45

Monsieur HALMOUNY ABDELAMJID
DDN : 0

Réf. : 21E292

Page : 2/2

BIOCHIMIE

			Normales
Sodium -----:	137	mEq/l	135 - 145
Potassium -----:	4,38	mEq/l	3,5 - 5,1
Chlore -----:	101,6	mEq/l	98 - 108
Calcium -----:	75,00 *	mg/l	86 - 103
Soit :	1,87	mEq/l	2,15 - 2,57
Protéines Totales -----:	51 *	g/l	62 - 80
Urée -----:	1,10 *	g/l	< 0,5
Soit :	18,33	mmol/l	< 8,34
Créatininémie -----:	22,00 *	mg/l	6 - 13
Soit :	195	μmol/l	53 - 115
Glycémie a jeun -----:	2,12 *	g/l	0,7 - 1,1

Dr.L.DOUKKALI - KHALFI
Médecin Biologiste
Laboratoire Achifaa
INP:0090060419

☒ **valable 3 mois**

Le 11/05/2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : HALMONY ABDELMASIN

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Deux

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)