

## 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 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

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.

71924

<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 : RAMCHFAA		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HALHONY ABDELmajid
Nom & Prénom : HALHONY ABDELmajid			
Date de naissance : 09.01.1930			
Adresse : coop/ALICHRAF F. n° 21. Sidi Haïdouf			
Tél. : 0698.33.54.57	Total des frais engagés : 2.580,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Dr. AM EL ALAHI  
HEMATOLOGISTE  
3, Rue Batignolles - Belvédère - CAS/

Tel: 022 40.08.12

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : 24 MAI 2021

Signature de l'adhérent(e) :

M. HALHONY

Le : 23/05/21



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
28/01/2011	H			INP : 91046664
11/02/2011	H			AMMEL ALHUC CASTE

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>CLINIQUE ACHIFAR S. Journe et Lav. 20 - Casablanca</i>	<i>Dr. - 815/21 1/1/21</i>	<i>Voir facture N° 8221 Montant = 2582,00</i>

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	

## RELEVE 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	INP : <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"/>														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>26533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		26533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
26533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

# مصحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa



Angle Rues Lahcen El Arjoune 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 : 08/05/11

Docteur :

Harmony Abdellmajid

TS 3 CAR.





مصحة الاختصاصات الشفاء  
Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Laheen El Arjouna 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 Haliouy Abdellatif

suivi pour syndrome typho-poliarthrite etadue le 08/05/21  
puis le 11/05/21 pour nouveau  
ayant nécessité la transfusion  
de trois Concentrées cyphohytalys  
avec hydratation.





## FACTURE

N° : 202103248 / 2021 du 11/05/2021

Nom patient	HALMONY ABDELMAJID	Entrée	08/05/2021
	PAYANTS	Sortie	11/05/2021

Désignation des prestations		Lettre Clé		Montant
-----------------------------	--	------------	--	---------

TRANSFUSION	1,00		1 500,00	1 500,00
				<i>Sous-Total</i> 1 500,00

		Total Clinique	1 500,00
--	--	----------------	----------

CENTRE TRANSFUSION	1,00		1 080,00	1 080,00
				<i>Sous-Total</i> 1 080,00

		Total Autres prestations	1 080,00
--	--	--------------------------	----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE CINQ CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS

Total 2 580,00

CLINIQUE ACHIFAA

Rue Lahcen El Arjoune et Lavoisier  
Tél : 05 22 86 92 20 - Casablanca  
Admission

**Date du prélèvement :** 30-04-2021 à 16:25  
**Code patient :** 1908062008  
**Né(e) le :** 09-01-1930 (91 ans)



**Mr Abdelmajid HALMONY**  
**Dossier N° :** 2104302015  
**Prescripteur :** Dr A.M EL ALAOUI

## HEMATOLOGIE

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

06-04-2021

Leucocytes	<b>21.08</b>	G/L	(3.90-10.20)	13.91
Hématies	<b>3.22</b>	T/L	(4.00-5.65)	3.94
Hémoglobine	<b>8.0</b>	g/dL	(12.5-17.2)	9.9
Hématocrite	<b>26.0</b>	%	(37.0-49.0)	31.5
V.G.M	80.7	fL	(80.0-101.0)	79.9
T.C.M.H	<b>24.8</b>	pg	(27.0-34.0)	25.1
C.C.M.H	30.8	g/dL	(30.0-36.0)	31.4

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

Poly. Neutrophiles	81.6	%	77.3
Soit	<b>17.20</b>	G/L	(1.50-7.70)
Poly. Eosinophiles	2.3	%	2.7
Soit	0.48	G/L	(0.02-1.10)
Poly. Basophiles	1.2	%	1.5
Soit	0.25	G/L	(<0.35)
Lymphocytes	7.6	%	11.6
Soit	1.60	G/L	(>1.00)
Monocytes	7.3	%	6.9
Soit	1.54	G/L	(0.10-2.70)
<b>PLAQUETTES(Sysmex XT-1800i)</b>	<b>1 166</b>	G/L	(150-450)

**Commentaire :**

Hyperleucocytose faite de PNN sans infiltration par des cellules d'aspect blastique. Anémie normochrome normocytaire. Thrombocytose.

Validé par le biologiste

*Dr. Aziz MOTAOUAKKIL*  
**Laboratoire EVOLULAB**  
 d'Analyses Médicales  
 Tél. : 0522 95 03 34 - Fax : 05 22 94 77 45  
 Email : evolulab@hotmail.com

**BON d'ATTRIBUTION**  
NUMERO 000000670323

**Date et heure** 10/05/2021 - 14:00  
**Etablissement** CLINIQUE ACHIFA CASA (05PRI00041)  
 ANGLE RUE EL ARJOUNE ET LAVOIS  
 20000

**Malade no** 0703481  
**Nom et prenom** HALMONY ABDELMAJID  
**Sexe / ne(e) le**  
**Groupe sanguin** O Positif

**Service**  
**Ref. commande** 1002421661

**CGR DON HOMOLOGUE (3H000)**

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05194079207		O +		1	20/06/2021		250
0005	05193939420		O +		1	19/06/2021		250

**TOTAL**

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	2	500	360/poche	720



**Signature responsable**

MOUNIA.K



valable 3 mois

Le 08/05/2011

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

AM BD Aaoui  
3, Rue Balignoles - Belvédère - CASA  
Télé. 022 40.05.12

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

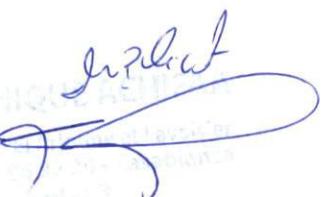
## Relevé des paiements

11/05/2021

Numéro admission	Nom du patient
20032610595213-001	HALMONY ABDELMAJID

Date	Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
08/05/2021	CarteB	E	1 360,00
11/05/2021	Espèce		1 220,00
Total payé			2 580,00

Relevé établi par

  
CLINIQUE ACHIFAA  
Relevé des paiements  
11/05/2021

# مصحة الاختصاصات الشفاعة

CLINIQUE DES SPECIALITES ACHIFAA

Clinique des Spécialités Achifaa



CASABLANCA

Angle Rues Lahcen El Arjoune 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

## BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **HALMONY ABDELMAJID**

Chambre :

Médecin traitant **ALAOUI MOHSSINE AZZEDINE**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **08/05/2021**

Date sortie **11/05/2021 14:56**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : 11NISRIN 11/05/2021 16:24 20032610595213-001

CS CLINIQUE ACHIFAA  
Rue Lahcen El Arjoune et Lavoisier  
Tél: 05 22 86 92 20 - Casablanca  
Admission