

# 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

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

Nº M21- 048192

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1470 Société : 76352  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : LAGURIB AHMED  
 Date de naissance : 01-01-1954  
 Adresse : 150 Lot coop EL WAFA, Derzana  
 Tél. : 06-66-24-53-06 Total des frais engagés : ..... Dhs

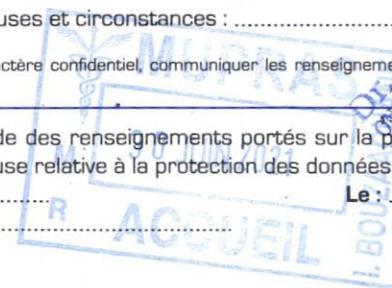
### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Kamal LAHBAI  
 ONCOLOGUE - RADIOTHERAPEUTE ②  
 Centre International d'Oncologie de Casablanca  
 4, Route de l'Oasis Rue des Alouettes - Casablanca  
 Tel: 05 22 20 45 45 - Fax: 05 22 45 45 71  
 Date de consultation : 08/06/2021  
 Nom et prénom du malade : LA GHRIB Ahmed Age : .....  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : ADK 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) :



## **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
05/06/21	S		6.	Dr. Khaled BACHIR ONCOLOGIST - RADIOTHERAPIST Centre International d'Oncologie et de Radiologie de Casablanca Casablanca - B.P. 1010-20100 THERAPEUTE 2 Casablanca Casablanca
15/06/21	S		6	Dr. Khaled BACHIR ONCOLOGIST - RADIOTHERAPIST Centre International d'Oncologie et de Radiologie de Casablanca Casablanca - B.P. 1010-20100 THERAPEUTE 2 Casablanca Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Délinquants	Montant des Honoraires
	15/08/2018	HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA INPE : 090063272 279; Bd Chefchaouni -Ain Sebaâ	4000 Dhs.

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP



D'ONCOLOGIE  
CASABLANCA

08/06/2021

Casablanca, le :

**MR. LAGHRIB AHMED**

**Analyses :**

NFS

*SERVICE D'ANALYSES - N°4  
HÔPITAL PRIVE CASABLANCA AÏN SEBAA  
INPE : 060063272  
279, Bd. Cheïchaoui - Ain Sebaâ*

*Dr. Kamal LAHBABI  
ONCOLOGUE - RADIOTHERAPEUTE (2)  
Centre International d'Oncologie de Casablanca  
4, route de l'Oasis rue des Alouettes Casablanca  
Tél. : 0522 77 81 81  
Fax : 0522 99 65 74  
E-mail : info@ciocasablanca.ma  
Site web : www.ciocasablanca.ma*

4, route de l'Oasis rue des Alouettes  
Casablanca  
Tél. : 0522 77 81 81  
Fax : 0522 99 65 74  
E-mail : info@ciocasablanca.ma  
Site web : www.ciocasablanca.ma



Casablanca , le 15/06/2021

## Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 150621-395      Pvt du: 15/06/2021 10:26  
**Mr LAGHRIB AHMED**  
**IPP Patient :20-012918/21**  
**Patient Ordinaire :**  
**Prescrit par DILAHBABI KAMAL**

Page : 1/1

### HEMATOLOGIE

#### NUMERATION FORMULE SANGUINE

##### NUMERATION

				Valeurs Usuelles	Antériorité
Globules blancs	:	6500	/mm <sup>3</sup>	( 4000 - 10000 )	6800 (08/06/21)
Globules rouges	:	4,53	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	( 4,44 - 5,61 )	4,67 (08/06/21)
Hémoglobine	:	14,40	g/dl	( 13,5 - 16,9 )	14,80 (08/06/21)
Hématocrite	:	43,60	%	( 40 - 49 )	45,20 (08/06/21)
VGM	:	96,20	fL	( 81,8 - 95,5 )	96,80 (08/06/21)
TCMH	:	31,80	pg	( 27 - 32 )	31,70 (08/06/21)
CCMH	:	33,00	g/dl	( 32 - 36 )	32,70 (08/06/21)
Plaquettes	:	177 000	/mm <sup>3</sup>	( 150000 - 450000 )	223 000 (08/06/21)

##### FORMULE

Polynucléaires Neutrophiles	:	59,1 %	Soit	3841/mm <sup>3</sup>	( 1500 - 7000 )
Lymphocytes	:	24,3 %	Soit	1579/mm <sup>3</sup>	( 1500 - 4000 )
Monocytes	:	10,7 %	Soit	695/mm <sup>3</sup>	( 100 - 1000 )
Polynucléaires Eosinophiles	:	5,1 %	Soit	331/mm <sup>3</sup>	( 50 - 500 )
Polynucléaires Basophiles	:	0,8 %	Soit	52/mm <sup>3</sup>	( 10 - 70 )

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

279, BD Chefchaouni Ain Sebaâ - Casablanca  
Tél. : 05 22 68 00 00 - Fax : 05 22 35 66 44  
RC : 431357 - IF : 34460126 - ICE : 002247038000079  
E-mail : direction@hpc.ma - Site web : www.hpc.ma

Dr. SENTISSI Hamza  
Médecin Biologiste  
Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaâ  
INPE : 090063272

**AKDITAL**  
Acteur de Santé

**Honoraires**

**Dossier N°:** 150621-395      **du:** 15/06/2021

Casablanca , le 15/06/2021

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
	<b>Total B</b>	80
	<b>Total en dirhams</b>	100,00

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