

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 qu'à 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



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 048189

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1470 Société : 76347

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAGHRIB AHMED

Date de naissance : 01/01/1954

Adresse : 150° Lot coop EL WAFI, Derana

Tél. : 06-66-24-33-06 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/06/2015

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) : ACCUEIL

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
15.06.21	G2			<p>ONCOLOGUE - RADIOLOGUE - RADIOLOGUE</p> <p>Centre International d'Oncologie de Casablanca</p> <p>4, Route des Palmiers Rue des Alouettes - Casablanca</p> <p>Tel: 05 22 77 51 51 - Fax: 05 22 59 49 49</p> <p>Dr. Kamal LAHBADI</p> <p>ONCOLOGUE - RADIOLOGUE - RADIOLOGUE</p>
22.06.21	G2			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE DEROUA</p> <p>EL HAÏK PHARMACIEN</p> <p>46, Centre Commercial Deroua</p> <p>Tel: 0522 53 21 77 / Fax: 0522 53 21 10</p>	<p>22</p> <p>06</p> <p>2021</p>	446,72

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Travaux	Montant des Honoraires
<p>SERVICE LABORATOIRE - N° 1</p> <p>HOPITAL PRIVÉ EL HASSEN EL SEBAI</p> <p>INPE: 09000000000000000000</p> <p>279, Bd. Chefchaoueni - Ain Sebaa</p>	22/6/21		1000 D.F.

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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

22/06/2021

Casablanca, le :

Mr. LAGHRIB AHMED

1/ IMODIUM 2 MG 20 GES

1cp apres chaque diarrhée; maximum 6/j

2/ SPECTA SACHETS

1 à 3 sachets / jour en fonction de la consistance des sa //

3/ MOTILIUM SIROP

1 cam x 3 par jour

4/ ONSET-8MG OU CHEMOSET 8 MG

1cp deux fois par jour un quart d'heure avant le repas pour 5 jours

SPECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET B30
P.P.V : 52DH40
LOT : 21E001
PER : 12 2023
6 118000 011460

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V : 30DH50
LOT : 20E019
PER : 11 2025
6 118000 010845

MOTILIUM 1MG/ML
SUSP BU V FL 200 ML
P.P.V : 40DH80
LOT : 22E015
PER : 21 2023
6 118000 011040

EXP : 03/2024
N° de lot : 321
BOVOPHARMA
UTAV
LOT
P.P.V
323.00

Casablanca, le : **15/06/2021**

MR. LAGHRIB AHMED

Analyses :

NFS

RDV prévu le

22.6.21

Dr. Kamal LAHBABI
ONCOLOGUE - RADIOThérapeUTE ①
Centre International d'Oncologie de Casablanca
4, Route de l'Oasis Rue des Alouettes - Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81 • Fax : 05 22 99 65 74

SERVICE LABORATOIRE - N°4
HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA
INPE : 090063272
279, Bd. Chetchaoui - Ain Sebba



Casablanca, le 22/06/2021

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 220621-753

Pvt du: 22/06/2021 10:46

Mr LAGHRIB AHMED

IPP Patient : 20-012918/21

Patient Ordinaire :

Prescrit par Dr LAHBABI KAMAL

Page : 1/ 1

HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION FORMULE SANGUINE

NUMERATION

Globules blancs	:	7250	/mm ³	(4000 - 10000)	6600 (22/04/21)
Globules rouges	:	4,61	10 ⁶ /mm ³	(4,44 - 5,61)	4,22 (22/04/21)
Hémoglobine	:	14,70	g/dl	(13,5 - 16,9)	13,70 (22/04/21)
Hématocrite	:	44,00	%	(40 - 49)	41,10 (22/04/21)
VGM	:	95,50	fL	(81,8 - 95,5)	97,40 (22/04/21)
TCMH	:	31,90	pg	(27 - 32)	32,50 (22/04/21)
CCMH	:	33,40	g/dl	(32 - 36)	33,30 (22/04/21)
Plaquettes	:	162 000	/mm ³	(150000 - 450000)	131 000 (22/04/21)

FORMULE

Polynucléaires Neutrophiles	:	64,5 %	Soit	4676/mm ³	(1500 - 7000)	2554,20 (22/04/21)
Lymphocytes	:	17 %	Soit	1232/mm ³	(1500 - 4000)	3102,00 (22/04/21)
Monocytes	:	11,8 %	Soit	855/mm ³	(100 - 1000)	838,20 (22/04/21)
Polynucléaires Eosinophiles	:	6,1 %	Soit	442/mm ³	(50 - 500)	79,20 (22/04/21)
Polynucléaires Basophiles	:	0,6 %	Soit	43/mm ³	(10 - 70)	26,40 (22/04/21)

Ne pas diffuser au patient

Résultat à considérer sous réserve de validat

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

Honoraires

Casablanca , le 22/06/2021

Dossier N°: 220621-753 du: 22/06/2021

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
Total B		80
Total en dirhams		100,00

SERVICE LABORATOIRE - N°4
HOPITAL PRIVÉ CASABLANCA AIN SEBAÂ
INPE : 090003272
279, Bd. Chefchaoui - Aïn Sebaâ