

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Prothésaire :

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

N° M21- 0026962

82677

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3215 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : I. Doudou M. Mohsine

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 73 16 91 44 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13.08.2021

Nom et prénom du malade : Bousmala Aicha Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Néoplasie 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 : CASA

Le : 03.10.2021

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
13-08-21	C		250	Dr. International de l'europa Oncologue Radiation de Oasis Rue des 77181 Tel : 05 22 77 61 81

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Services	Montant des Honoraires
	27/01/2012	<b>SERVICE LABORATOIRE - N°4</b> <b>HOPITAL PROFE CASABLANCA AIN SEBA</b> <b>INPE : 090063272</b> <b>279, Bd. Chechaouni - Ain Sébaâ</b>	1000DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

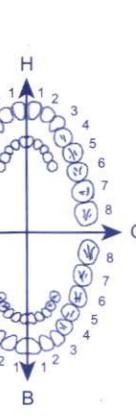
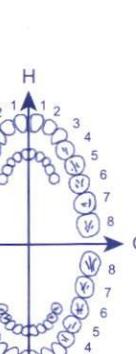
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan des

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		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			Coefficient DES TRAVAUX
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
G																	
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXI



CENTRE  
INTERNATIONAL  
D'ONCOLOGIE  
CASABLANCA

# Billet d'admission



PT160200016

Casablanca le, 13/08/2021

**Mme BOUSMARA AICHA**

N° d'ordre : 0014

Médecin : [DR MAMOU]

Heure arrivée **09:15**

Acte :

**CHIMIOTHERAPIE**

**250DH**

MUPRAS

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](http://www.ciocasablanca.ma)

**ah** AKDITAL  
Acteur de Santé



CENTRE  
INTERNATIONAL

D'ONCOLOGIE  
CASABLANCA

Dr Naoufal Mamou  
Oncologue-Radiothérapeute  
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le :

13/08/2021

**MME BOUSMARA AICHA**

**Analyses :**

NFS

~~SERVICE LABORATOIRE - N°4  
HÔPITAL PRIVÉ CASABLANCA AÏN SEBAÂ  
INPE : 090063272  
279, Bd. Chefchaouïn - Aïn Sebaâ~~

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](http://www.ciocasablanca.ma)

Dr Naoufal MAMOU  
Centre International d'Oncologie Casablanca  
Oncologue-Radiothérapeute  
Rue des Alouettes, Casablanca  
0522 77 81 81

dh AKDITAL  
Acteur de Santé



Casablanca, le 02/09/2021

## Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 020921-147 Pvt du: 02/09/2021 9:49 \*\*\*

Mme BOUSMARA AICHA

IPP Patient : 21-005062/21

Patient Ordinaire :

Prescrit par Dr MAMOU NAOUFAL

Page : 1/1

## HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

### NUMERATION FORMULE SANGUINE

#### NUMERATION

Globules blancs	:	7 140	/mm <sup>3</sup>	( 4000 - 10000 )	7130 (12/08/21)
Globules rouges	:	4,21	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	( 3,92 - 5,08 )	4,11 (12/08/21)
Hémoglobine	:	<b>11,30</b>	g/dl	( 11,9 - 14,6 )	11,20 (12/08/21)
Hématocrite	:	<b>35,00</b>	%	( 36,6 - 48 )	34,80 (12/08/21)
VGM	:	83,20	fL	( 82,9 - 98 )	84,50 (12/08/21)
TCMH	:	<b>26,80</b>	pg	( 27 - 32 )	27,30 (12/08/21)
CCMH	:	32,20	g/dl	( 32 - 36 )	32,30 (12/08/21)
Plaquettes	:	326 000	/mm <sup>3</sup>	( 150000 - 450000 )	331 000 (12/08/21)

#### FORMULE

:

Polynucléaires Neutrophiles	:	75,10 %	Soit	5362/mm <sup>3</sup>	( 1500 - 7000 )	5433,06 (12/08/21)
Lymphocytes	:	<b>17,60 %</b>	Soit	<b>1256/mm<sup>3</sup></b>	( 1500 - 4000 )	1140,80 (12/08/21)
Monocytes	:	6,50 %	Soit	464/mm <sup>3</sup>	( 100 - 1000 )	506,23 (12/08/21)
Polynucléaires Eosinophiles	:	<b>0,20 %</b>	Soit	<b>14/mm<sup>3</sup></b>	( 50 - 500 )	7,13 (12/08/21)
Polynucléaires Basophiles	:	0,60 %	Soit	42/mm <sup>3</sup>	( 10 - 70 )	42,78 (12/08/21)

Casablanca , le 02/09/2021

**Honoraires**

**Dossier N°: 020921-147      du: 02/09/2021**

Médecin Dr :MAMOU NAOUFAL

**21-005062      N°Chambre**

**Patient :Mme BOUSMARA AICHA**

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