

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

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° W21-656546

ND: 87904

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1880 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SINNAS KHADIJA  
 Date de naissance : 01/01/1944  
 Adresse : 68, Rue Jean Jaurès - CASA  
 Tél : 0661238433 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


**Dr. Jaâfar HEIKEL**  
 Professeur de Médecine  
 Spécialiste en Maladies Infectieuses  
 Diplômé en Nutrition et Maladies Métaboliques  
 Expert International


Date de consultation : 23/08/2021  
 Nom et prénom du malade : Sinnas Khadija Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : TRAUMATISME - 19  
 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 : 11/10/21  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

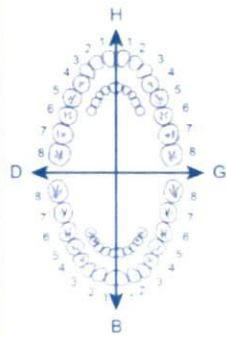
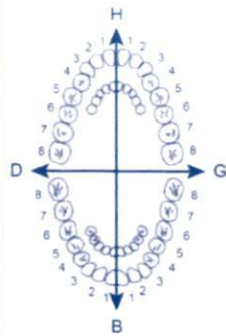
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médicin
3/8/2021	C.S. P.E.			 <b>Dr. Jaafar MEIKEL</b> Professeur de Médecine Spécialiste en Maladies de l'Appareil Digestif Diplôme en Nutrition Expert en Maladies de l'Appareil Digestif CHIRURGIE 4, Boulevard Ghannouchi - Casablanca Tél : 05 22 04 07 07 Fax : 0522 94 89 39

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/8/21	676,25

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27.08.21	B: 180	721,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'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"/>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>D 25533412 00000000</td> <td>G 21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		D 25533412 00000000	G 21433552 00000000	00000000 35533411	00000000 11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H											
	D 25533412 00000000	G 21433552 00000000										
	00000000 35533411	00000000 11433553										
	B											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION									



AKDITAL

Clinique Longchamps  
مصحة لونشون

Casablanca, le 22/08/12

Mr SINANAS KHADIJA

164.00 x 21

LOVENOX 0.6 1 jne / j 8 j

F = 656.00



**Dr. Jaâfar HEIKEL**  
Professeur de Médecine  
Spécialiste en Maladies Infectieuses  
Diplômé en Nutrition et Maladies Métaboliques  
Expert International

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Lovenox 600Culantixa inj b2  
P.P.V : 164,00 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Lovenox 600Culantixa inj b2  
P.P.V : 164,00 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Lovenox 600Culantixa inj b2  
P.P.V : 164,00 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Lovenox 600Culantixa inj b2  
P.P.V : 164,00 DH





**FACTURE N° 2108273017**  
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 27/08/2021  
**INPE : 093002574**

**Mme Khadija SINNAS**  
Demande N° 2108273017  
Date de l'examen : 27/08/2021

Récapitulatif des analyses	
Analyse	Clé
Prise de sang Adulte	E25
C R P (Protéine C réactive)	B100
Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80
D-Dimères	B300

Total des B : 480  
Total à payer : **721.00** Dirhams

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**sept cent vingt et un dirhams**



BILAN BIOLOGIQUE

Date : 23/05/2018

Nom prénom :

Hadiga Simnas

Age : \_\_\_\_\_

Renseignement clinique :

pancreatite  
chronique

foie dans  
typique

1 ☐ NFS complète

☐ TP

2 ☐ CRP

☐ Glycémie à jeûn + HbA1c

☐ Urée sanguine + Créatininémie

☐ Clearance de la créatinine

☐ ASAT / ALAT

☐ CPK

☐ LDH

☐ Ferritinémie

3 ☐ DDimères

☐ Troponinémie

☐ Ionogramme sanguin

☐ Procalcitoninémie

☐ IL6

☐ .....

☐ .....

Consentement libre et éclairé du patient



Dr. HAFAT HEIKEL  
Professeur de Médecine  
Spécialiste en Maladies Infectieuses  
Formé en Nutrition et Maladies Métaboliques  
Expert International

# CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



Q90063264

CASABLANCA Le : 23-08-2021

Facture N° 05387/21

## A. Identification

N° Dossier : CLC21H23145131

N° Identifiant : 002011/20

Nom & Prénom : Mme SINNAS KHADIJA

C.I.N : B210407

Adresse : 68 RUE JEAN JAURES

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 23-08-2021

Date Sortie : 23-08-2021

Médecin traitant : DR. HEIKEL JAAFAR

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	FRAIS CLINIQUE		100,00			100,00
Total Rubrique :						100,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>						
1	DR. HEIKEL JAAFAR (INTERNISTE)		500,00			500,00
Total Rubrique :						500,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						500,00
<b>TOTAL GENERAL</b>						<b>600,00</b>

SIX CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

CLINIQUE MEDICO  
CHIRURGICALE LONGCHAMPS  
4, Boulevard Ghandi - Casablanca  
Tél : 05 22 04 07 07 Fax : 05 22 94 89 39

LABORATOIRE CASALAB PALMIER®

Dossier N°: **2108273017**

Résultats de : **Mme SINNAS Khadija**

Né(e) le : **01/01/1944** - 77 ans

N° CIN : **B210407**

Date du prélèvement : 27/08/2021 08:16. DN

Edition du : 04/10/2021 à 16:04

Mme/Mr Le DR Prescripteur Médecin

Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

< Compte-rendu complet >

HEMATOCYTOLOGIE

**HEMOGRAMME**

(SYSMEX XN-1000)

Leucocytes :	<b>15,16</b>	$10^3/\text{mm}^3$	(3,60-10,50)
Hématies :	<b>5,06</b>	$10^6/\text{mm}^3$	(3,85-5,20)
Hémoglobine :	<b>13,90</b>	g/dL	(11,80-15,80)
Hématocrite :	<b>42,0</b>	%	(35,0-45,5)
VGM :	<b>83,0</b>	fL	(80,0-101,0)
TCMH :	<b>27,5</b>	pg	(27,0-34,0)
CCMH :	<b>33,1</b>	g/dL	(31,5-36,0)
RDW :	<b>12,6</b>	%	(0,0-18,5)

**Formule leucocytaire :**

Neutrophiles :	<b>63,8</b>	%	
Soit:	<b>9 672</b>	$/\text{mm}^3$	(1 900-5 700)
Eosinophiles :	<b>0,6</b>	%	
Soit:	<b>91</b>	$/\text{mm}^3$	(40-520)
Basophiles :	<b>0,8</b>	%	
Soit:	<b>121</b>	$/\text{mm}^3$	(0-90)
Lymphocytes :	<b>26,3</b>	%	
Soit:	<b>3 987</b>	$/\text{mm}^3$	(1 070-3 900)
Monocytes :	<b>8,5</b>	%	
Soit:	<b>1 289</b>	$/\text{mm}^3$	(170-560)
Plaquettes:	<b>452</b>	$10^3/\text{mm}^3$	(160-370)

Dossier n° 2108273017 - Mme Khadija SINNAS

1 / 2



Monétique  
interbancaire

23/03/22

6:23:52

3900041222

38455401

CLINIQUE LONGO-AMPS CASA  
Casablanca

A00000000032010

APP : VISA

MME SINNAS KHADIJA/

xxxxxxxxxxxx0353

03/22 CARTE NATIONALE

B4949D189ED17740

226-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 007

NUM AUTHORIZATION: 347359

STAN : 008983

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT

# CLINIQUE MEDICO- CHIRURGICALE LONGCHAMPS

**PAIEMENT EFFECTUE PAR : MME  
SINNAS KHADIJA /.**

**NOM DU PATIENT : Mme SINNAS  
KHADIJA**

**DATE DE NAISSANCE :**

01/01/1944

**CLC21H23145131**



**Reçu N°: 17653**

**Paiement du 23/08/2021 16h23**

**Actes**

**Montant**

**600,00 Dh**

**Type de paiement**

**TPE**

**Imprimé par : BENKHEY YOUSSEF Le  
23/08/2021 16h23**