

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-656546

ND: 87904

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>1880</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>SINNAS KHADJA</u>
Nom & Prénom :			
Date de naissance : <u>01/01/1964</u>			
Adresse : <u>68 Rue Jean Jaurès - CASA</u>			
Tél. : <u>0661238433</u>		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Dr. Jaâfar HEIKEL <i>Professeur de Médecine Spécialiste en Maladies Infectieuses Diplômé en Nutrition et Maladies Métaboliques Expert International</i>	
Cachet du médecin :	<u>Sinnas Khadja</u>
Date de consultation :	<u>23/10/2021</u>
Nom et prénom du malade :	<u>Sinnes Khadja</u>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>MU</u>
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	<u>12 OCT. 2021</u>
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

Signature de l'adhérent(e) :

W.H.H.

Le : 11/10/2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin ou du Dentiste et de l'Infirmier
3/08/21	CG PC			<i>Dr. Jaffar HEIKEL Professeur de Médecine Dentaire Spécialiste en Maladies Chirurgicales Diplôme en Turquie - M.A.D. Expert en Radiologie CHIRURGIE DENTALE Boulevard Ghazi - Casablanca Tél: 0522 04 07 07 - Fax: 0522 91 83 88</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie</i>	27/08/21	<i>676.00</i>

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Confidentiel</i>	27/08/21	B: 1/80	721.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 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"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H		G
D		B

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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 22/08/2011

Rue SINANAS KHAIDIJA

164.00 x 4



LOVENOX 0.6 1juc/ij 8js

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 sebââ Casablanca
Lovenox 6000Uulantixa inj b2
P.P.V : 164,00 DH



6 118001 080458 //

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Lovenox 6000Uulantixa inj b2
P.P.V : 164,00 DH



6 118001 080458 //

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Lovenox 6000Uulantixa inj b2
P.P.V : 164,00 DH



6 118001 080458 //

**LABORATOIRE
CASALAB PALMIER SCP**

Dr. Mohammed BEZZARI

Médecin Biologiste

Diplômé de l'université Catholique
de Louvain à Bruxelles, Belgique



مختبر التحاليل الطبية

Dr. Kaoutar OUAZZANI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'université Paris Descartes
Ancienne résidente du CHU Ibn Rochd

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		Clé
	Analyse	
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 : Khadja Sinner

Age : -----

Renseignement clinique : Pneumopathie

Vinyle

foré dans
4pi

1 NFS complète

TP

2 CRP

Glycémie à jeûn + HbA1c

Urée sanguine + Créatininémie

Clearance de la créatininé

ASAT / ALAT

CPK

LDH

Ferritinémie

3 DDimères

Troponinémie

Ionogramme sanguin

Procalcitoninémie

IL6

.....

.....



D^r **HEIKEL**
 Spécialiste en Maladies Infectieuses
 et Parasitaire de Médecine
 Formateur et Consultant en Maladies Métaboliques
 Formateur et Consultant en Nutrition et Métabolisme
 Expert International

Consentement libre et éclairé du patient

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

Traitements :

Médecin traitant : DR . HEIKEL JAAFAR

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

Cachet et Signature



Dr. Mohammed BEZZARI

Médecin Biogiste

Diplômé de l'université Catholique
de Louvain à Bruxelles, Belgique



Dr. Kaoutar OUAZZANI

Pharmacien Biogiste

Diplômé de l'université Paris Descartes
Ancienne résidente du CHU Ibn Rochd

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

Formule leucocytaire :

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

Dossier n° 2108273017 – Mme Khadija SINNAS



1 / 2



**Monetique
Interbancaire**

23/03/21 6:23:52

3900041773

38455431

CLINIQUE LONGC-AMPS CASA
Casablanca

90000000032010

APP : VISA

MME SIMAS KHADIJA /

xxxxxxxxxxxxxx0313

03/22 CARTE NATIONALE

B4949D1896017740

226-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 007

NUM AUTOFISATION: 347359

STAN : 008983

JEB

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**