

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° P19- 062563

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1240

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHBABI Liliane

Date de naissance : 11/7/1945

Adresse : 405 B. Route d'El Jadida
Résidence Ghali. Casablanca

Tél. : 0663720538

Total des frais engagés : 110 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/02/2022

Nom et prénom du malade : LAHBABI LILIANE Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Insuffisance Rénale Hémodialyse

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 : Casablanca

Le : 17/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Liliane

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 17.02.2022 | | CS | Gratuit | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| LABORATOIRE D'ANALYSES RADIOLOGIQUES 47, Abou Abdelkader Nafil - Marrakech Tél: 0522 98 92 15 / 0522 99 15 36 Fax: 0522 98 92 37 - Casablanca | 17/02/22 | B110 | Mo - lh |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

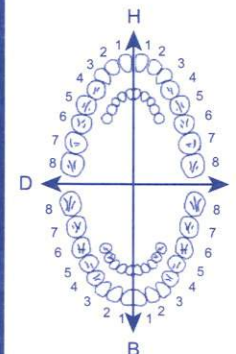
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



Centre du Rein

Centre de Néphrologie et d'Hémodialyse

Docteur Anis LAHLOU

Spécialiste en Néphrologie
Maladies des Reins et Hémodialyse
Ancien Interne et Chef de Clinique
des Hôpitaux de Paris
Médaille d'or de la Faculté Cochin
Lauréat de la Faculté
de Médecine de Paris

Casablanca, le 17.02.2022.

Mme LAHBABI LILIANE.

- NFS, ph.quettes.

- T P, INR.

Docteur Anis LAHLOU
NÉPHROLOGUE
Angle Bd Ghandi
et 2 Rue Kadmiri Casablanca
Tél: 0522 25 61 48 INP: 091089383

LABORATOIRE
AMOUR GUESSOUS
14, Abou Abdellah Naji - Ma.
Tél: 0522 98 92 15 / 0522 99 15 30
Fax: 0522 98 92 37 - Casablanca

مختبر التحليلات الطبية بنعمور - جسوس

Laboratoire d'Analyses Médicales Benamour - Guessous



Dr. BENAMOUR LAZRAK Ilham
Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine Paris V
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Dr. GUESSOUS CHAMI Saida
Pharmacien Biologiste

Lauréate de la Faculté de Pharmacie Paris V
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Cyto-Hématologie - Bactério-Virologie - Myco-Parasitologie - Immunologie - Biochimie

44, Rue Abou Abdellah Nafii Maârif - 20 100 Casablanca - Tél. : 05 22 98 92 15 / 05 22 99 15 30 / 06 62 15 09 33 - Fax : 05 22 98 92 37
Patente 35712064 - I.F. 40703610 - C.N.S.S. 2356906 - ICE : 001615095000046 - E-mail : labolbg@gmail.com

Facture n° 115133

CASABLANCA LE

17/02/2022

Analyses effectuées le: 17/02/2022

Pour.....: **Mme LAHBABI LILIANE**

Sur prescription du: Dr LAHLOU ANIS

Code.....: 4AF1314



Organisme.....: **PRELEVEMENT FAIT AU CENTRE**

Analyses Effectuées:

NFS1=B70 TPR=B40

Cotation : (B 110)

Montant Net : 110.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CENT DIX Dhs 00 Cts

LABORATOIRE
BENAMOUR GUESSOUS
44, Rue Abou Abdellah Nafii Maârif - 20 100 Casablanca
Tél: 0522 98 92 15 / 0522 99 15 30
Fax: 0522 98 92 37
E-mail: labolbg@gmail.com

مختبر التحليلات الطبية بنعمور - جوسس

Laboratoire d'Analyses Médicales Benamour - Guessous



Dr. BENAMOUR LAZRAK Ilham
Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine Paris V
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Dr. GUESSOUS CHAMI Saida
Pharmacien Biologiste

Lauréate de la Faculté de Pharmacie Paris V
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Cyto-Hématologie - Bactério-Virologie - Myco-Parasitologie - Immunologie - Biochimie

44, Rue Abou Abdellah Nafii Maârif - 20 100 Casablanca - Tél. : 05 22 98 92 15 / 05 22 99 15 30 / 06 62 15 09 33 - Fax : 05 22 98 92 37

Patente 35712064 - I.F. 40703610 - C.N.S.S. 2356906 - ICE : 001615095000046 - E-mail : labolbg@gmail.com

Edition du : 17/02/2022

Matricule :



20217CR1945

Code Patient: 4AF1314

du : 17/02/2022

Mme LAHBABI LILIANE

Médecin: Dr. LAHLOU ANIS

**PRELEVEMENT FAIT AU
CENTRE**

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE (ABX Pentra XL 80)

| | | | |
|----------------------|------|-------------------|----------------------|
| Globules rouges..... | 3.75 | M/mm ³ | Femme (4.0 - 5.0) |
| Hémoglobine..... | 12.1 | g/100ml | (12 - 16.5) |
| Hématocrite | 36.7 | % | (36 - 44) |
| V.G.M | 98. | μ ³ | (80 - 95) |
| T.C.M.H..... | 32.2 | pg | (27 - 32) |
| C.C.M.H..... | 33.0 | % | (32 - 36) |
| Globules blancs..... | 5900 | /mm ³ | (4 000 - 10 000) |

FORMULE LEUCOCYTAIRE

| | | | |
|------------------------------|------|---|--|
| Polynucléaires Neutrophiles: | 61 | % | Soit: 3599. /mm ³ (1800-7000) |
| Polynucléaires Eosinophiles: | 8 | % | Soit: 472. /mm ³ (0-500) |
| Polynucléaires Basophiles..: | 1 | % | Soit: 59. /mm ³ (0- 100) |
| Lymphocytes..... | 22 | % | Soit: 1298. /mm ³ (1500 - 4000) |
| Monocytes..... | 8 | % | Soit: 472. /mm ³ (100 -1000) |
| TOTAL..... | 100. | % | |

PLAQUETTES..... : 263000 /mm³ (150000 - 450000)

HEMOSTASE

TAUX DE PROTHROMBINE

| | | | |
|--------------|------|---|----------------------------------|
| Témoin..... | 100 | % | |
| Patient..... | 42 | % | > 70% |
| INR..... | 1.93 | | 32 (05/02/22) 2.71 (05/02/22) |

Interprétation

| | |
|---|-------------------|
| Prévention des thromboses veineuses | (2 < INR < 3) |
| Prévention et traitement des thromboses veineuses récurrentes | (2.5 < INR < 3.5) |
| Prévention des thromboses artérielles, valves cardiaques | (3 < INR < 4) |

Dr. GUESSOUS Saida
Pharmacien biologiste
44, Abou Abdellah Nafii Maârif
Casablanca
Tél: 0522 98 92 15 / 0522 99 15 30
Fax: 0522 98 92 37

Dr. GUESSOUS .