

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- N° 000765

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1470 Société : 120640  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LAGHRIB AHMED  
 Date de naissance : 01-01-1954  
 Adresse : 152 Lot coop EL WAPA, Derzoua  
 Tél. : 06-66-24-33-06 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26 / 04 / 2022  
 Nom et prénom du malade : Laghrib Ahmed Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : ADK du pancréas  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : 26 / 04 / 2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

## 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

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 l'exécution des Actes
26.04.22	G		Gao lue te	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/05/22		100 DH

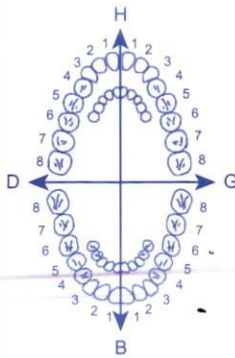
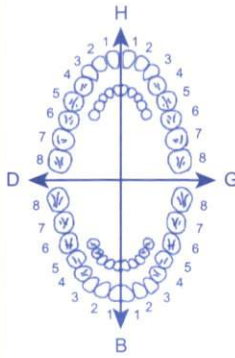
# AUXILIAIRES MEDICAUX

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 :**  
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															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca  
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Kamal LAHBABI

Oncologue - Radiothérapeute

Ancien interne des Hôpitaux de Rennes

Ancien praticien de l'institut Bergonisé-Bordeaux

Casablanca, le.....

26/04/2022

**MR. LAGHRIB AHMED**

**Analyses :**

NFS

RDV prévu le

SERVICE LABORATOIRE - N°4  
HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBA  
INPE : 090063272  
279, Bd. Chefchaoui - Ain Sebaa

**Dr. Kamal LAHBABI**  
ONCOLOGUE - RADIOThÉRAPEUTE ②  
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

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca

Tél. : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : info@ciocasablanca.ma

Site web : www.ciocasablanca.ma

Honoraires

Casablanca , le 17/05/2022

Dossier N°: 170522-412 du: 17/05/2022

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 : 090068272  
279, Bd. Chefchaouni - Aïn Sebaâ





AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa  
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع



Casablanca, le 17/05/2022

## Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 170522-412 Pvt du: 17/05/2022 10:17

Mr LAGHRIB AHMED

IPP Patient : 20-012918/22

Patient Ordinaire :

Prescrit par Dr LAHBABI KAMAL

Page : 1/1

## HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

### NUMERATION FORMULE SANGUINE

#### NUMERATION

Globules blancs	:	8 460	/mm <sup>3</sup>	( 4000 - 10000 )	8050 (26/04/22)
Globules rouges	:	3,96	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	( 4,44 - 5,61 )	4,07 (26/04/22)
Hémoglobine	:	14,80	g/dl	( 13,5 - 16,9 )	15,30 (26/04/22)
Hématocrite	:	43,00	%	( 40 - 49 )	44,50 (26/04/22)
VGM	:	108,70	fL	( 81,8 - 95,5 )	109,30 (26/04/22)
TCMH	:	37,40	pg	( 27 - 32 )	37,50 (26/04/22)
CCMH	:	34,40	g/dl	( 32 - 36 )	34,30 (26/04/22)
Plaquettes	:	157 000	/mm <sup>3</sup>	( 150000 - 450000 )	165 000 (26/04/22)

#### FORMULE

Polynucléaires Neutrophiles	:	72,10 %	Soit	6099/mm <sup>3</sup>	( 1500 - 7000 )	5103,70 (26/04/22)
Lymphocytes	:	18,10 %	Soit	1531/mm <sup>3</sup>	( 1500 - 4000 )	2052,75 (26/04/22)
Monocytes	:	8,90 %	Soit	752/mm <sup>3</sup>	( 100 - 1000 )	796,95 (26/04/22)
Polynucléaires Eosinophiles	:	0,70 %	Soit	59/mm <sup>3</sup>	( 50 - 500 )	88,55 (26/04/22)
Polynucléaires Basophiles	:	0,20 %	Soit	16/mm <sup>3</sup>	( 10 - 70 )	8,05 (26/04/22)

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

279, Bd. Chefchaouni Ain Sebaa - Casablanca  
Tél. : 05 22 68 00 00 - Fax : 05 22 35 66 44  
RC : 431357 - IF : 34460126 - ICE : 002247038000079  
E-mail : direction@hpc.ma - Site web : www.hpc.ma

Dr. SENTISSI Hamza  
Médecin Biologiste  
INPE : 090063272