

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14.70 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAGHRI B AHMED

Date de naissance : 01-01-1956

Adresse : 15a Lat.coop EL WAFIA Deraa

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 : AJK du pancreas

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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet du Médecin signataire des Actes attenant
26.04.22	C		Générale	Dr. KARADJA AHBABI ONCOLOGUE CHIROPRACTEUR Centre Hospitalier d'Oncologie de Casablanca Casablanca 227781 81 - Fax : 05 22 99 65 74

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

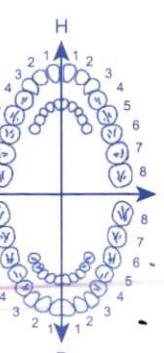
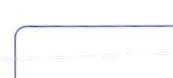
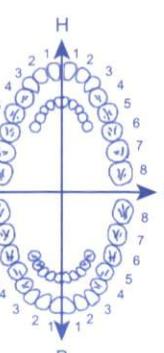
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et empreinte du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
SERVICE LABORATOIRE HOPITAL PRIVE D'ASSAINEMENT INPEL - 090063202 279, Bd. Chichaouni - Anfa - Rabat	17/05/2018		100 D.H.

## 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.																																																																																																																												
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																																																																																												
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	<b>Dents Traitées</b>  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									<b>Nature des Soins</b>  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									<b>Coefficient</b>  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> 
<b>MONTANTS DES SOINS</b> 																																																																																																																												
<b>DEBUT D'EXECUTION</b> 																																																																																																																												
<b>FIN D'EXECUTION</b> 																																																																																																																												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">H</td><td style="text-align: center;">G</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">25533412 00000000</td><td style="text-align: center;">21433552 00000000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">B</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">00000000 35533411</td><td style="text-align: center;">00000000 11433553</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<b>Coefficient</b>  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> 																																																																							
		H	G																																																																																																																									
		25533412 00000000	21433552 00000000																																																																																																																									
		D	B																																																																																																																									
		00000000 35533411	00000000 11433553																																																																																																																									
		B																																																																																																																										
<b>MONTANTS DES SOINS</b> 																																																																																																																												
<b>DATE DU DEVIS</b> 																																																																																																																												
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> 																																																																																																																												
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																																																																																																																												
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																																																																																																																												

Casablanca, le.....

26/04/2022

## MR. LAGHRIB AHMED

### Analyses :

NFS

RDV prévu le

SERVICE LABORATOIRE - N°4  
HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAâ  
T.N.P.E : 090068272  
279, Bd. Chefchaouen, Ain Sebaâ

Dr. Kamal LAHBABI  
ONCOLOGUE - RADIOTHERAPEUTE 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

## 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
	<b>Total B</b>	80
	<b>Total en dirhams</b>	100,00

SERVICE LABORATOIRE - N°4  
HÔPITAL PRIVÉ CASABLANCA AÏN SEBAâ  
INPE : 090063222  
279, Bd. Chefchaouen - 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

#### NUMERATION FORMULE SANGUINE

Valeurs Usuelles

Antériorité

#### NUMERATION

Globules blancs	:	8 460	/mm <sup>3</sup>	( 4000 - 10000 )	8050 (26/04/22)
Globules rouges	:	<b>3,96</b>	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	:	<b>108,70</b>	fL	( 81,8 - 95,5 )	109,30 (26/04/22)
TCMH	:	<b>37,40</b>	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