

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° M21- 065660

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 603 Société : 127330
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NATI NAIMA
 Date de naissance : 18.2.1952
 Adresse : 22 Rue Rabia el adawia La gironde
 CASA BLANCA
 Tél. : 0660250862 Total des frais engagés : 210,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **DR. BENABDALLAH A.**
 Urgentiste
 INPE : 091268268
 CENTRE AL KINDY
 2-4 rue Al Kindy - Tél : 0522.39.33.33
 CASABLANCA
 Date de consultation : 26/08/2011
 Nom et prénom du malade : NATI NAIMA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ADK utérin
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) : *chay*

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 le Paiement des Actes
26.12.2022		9	G	

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
	28.12.22	B 110, R	220,50

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 canalaires, 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 colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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

98406



NAJI

Naima

DN: 18/02/1952

RADIOTHERAPIE PERSONNALISEE PAR
RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN
CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانز - الجراحة الإشعاعية
العلاج الإشعاعي البالطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي البالطني - الإستشفاء

CASABLANCA, LE 26 AOUT 2022

Mme/Mr. :

Naji Naima

- ☒ NFS + PLAQUETTES
☒ UREE + CREATINEMIE
☐ GLYCEMIE
☐ TRANSAMINASES (TGO + TGP)
☐ YGT + PHOSPHATASES ALCALINES
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Dr. BENABDALLAH A.
Urgentiste
INPE : 091268268
CENTRE AL KINDY
2-4 rue Al Kindy - Tél : 0522.39.33.33
CASABLANCA

RDV, le : à
AVEC LES RESULTATS DES ANALYSES

www.centrealkindy.ma | E-mail : alkindy.oncologie@centrealkindy.ma

المقر الرئيسي 2 و 4، زنقة يوسف الكندي - شارع بن سينا - الدار البيضاء معاريف - المغرب 20370

Siège Social : 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy - Bd. Ibn Sina - Casablanca Maârif - Maroc 20370

Tél : +212 520 48 72 00 (L.G) - Fax : +212 522 39 37 34



مركز التحليلات الطبية للدار البيضاء

Centre d'Analyses Médicales de Casablanca

NOTE D'HONORAIRES 98406

LE : 26/08/2022
Analyses effectuées le: 26/08/2022

Référence :

Pour.....

Sur prescription du

Code.....

Organisme.....

Examens demandés:

NFS UREE CRE

V/REF. 98406

Mme NAJI NAIMA

Dr. BENABDELLAH ABDELHALIM

01F5163



NC



Cotation : (B 140) Montant Net : 210.00 dh

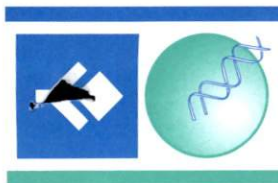
ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX CENT DIX Dhs 00 Cts

Dr. Fadhel EL KATEB

Dr. Taoufik GUISSOUMA

3, rue Ibnou Younes (Rd point Romandie par le Bd Ibnou Sina) - Casablanca
Tél.: 05 22 39 25 00 - 05 22 39 25 99 - Fax : 05 22 39 25 88 - E-mail : camclabo@gmail.com



مركز التحليلات الطبية للدار البيضاء

Centre d'Analyses Médicales de Casablanca

Prélèvement du 26/08/2022 à 10h48

Résultats du 26/08/2022 Edition du 26/08/2022

Code Patient



23J03

Référence : 098406--XT



Nom et Pré. : NAJI NAIMA

Date naiss. : 18/02/1952

Médecin : BENABDELLAH ABDELHALIM

Externe :

RESULTATS D'ANALYSES

Analyses	Résultats	Unités	Normes	Antécédents
----------	-----------	--------	--------	-------------

NUMERATION SANGUINE

Globules Blancs	4.9	milliers/ μ l	4.0 à 10.0	3.1 Le 10/06/2022
Globules Rouges	3.2	millions/ μ l	4.0 à 5.5	2.9 Le 10/06/2022
Hémoglobine	10.0	g/dl	12.0 à 16.0	9.2 Le 10/06/2022
Hématocrite	30	%	35 à 48	28 Le 10/06/2022
. VGM	94	μ 3	80 à 98	97 Le 10/06/2022
. TMH	31	picog	27 à 32	32 Le 10/06/2022
. CMH	31	%	30 à 36	33 Le 10/06/2022
Plaquettes	280	milliers/ μ l	150 à 450	278 Le 10/06/2022

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	66	%	45 à 70	52 Le 10/06/2022
. Soit	3234	/ μ l		1612 Le 10/06/2022
LYMPHOCYTES	30	%	20 à 50	44 Le 10/06/2022
. Soit	1470	/ μ l		1364 Le 10/06/2022
Monocytes	4	%	< 10	4 Le 10/06/2022
. Soit	196	/ μ l		124 Le 10/06/2022
Polynucléaires Eosinophiles	0	%	< 5	0 Le 10/06/2022
. Soit	0	/ μ l		0 Le 10/06/2022
Polynucléaires Basophiles	0	%	< 2	0 Le 10/06/2022
. Soit	0	/ μ l		0 Le 10/06/2022

BIOCHIMIE

Urée	0.27	g/l	0.15 à 0.50	0.20 Le 10/06/2022
Soit	4.5	mmol/l		

Dr. Fadhel EL KATEB

Dr. Fadhel EL KATEB

Pharmacien Biologiste

Dr. Taoufik GUISSOUMA

Diplômé de la Faculté de Paris


3, rue Ibnou Younes (Rd point Romandie par le Bd Ibnou Sina) - Casablanca

Tél.: 05 22 39 25 00 - 05 22 39 25 99 - Fax : 05 22 39 25 88 - E-mail : camclabo@gmail.com - www.laboratoirecamc.com

C.N.S.S N° : 7800172 - I.F N° : 40173599 - T.P N° : 35871653 - ICE : 001643746000044 - INPE : 093061786

Prélèvement du 26/08/2022 à 10h48

Résultats du 26/08/2022 Edition du 26/08/2022

Code Patient 
23J03

Référence : 098406--XT



Nom et Pré. : NAJI NAIMA

Date naiss. : 18/02/1952

Médecin : BENABDELLAH ABDELHALIM

Externe :

Analyses	Résultats	Unités	Normes	Antécédents
----------	-----------	--------	--------	-------------

BIOCHIMIE (suite)

Créatinine	8	mg/l	7.0 à 14.0	7 Le 10/06/2022
Soit	70.8	μmol/l		


Dr. Fadhel EL KATEB
Pharmacien Biologiste
Diplômé de la Faculté de Paris