

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

M22- 0028418

☒ Maladie

☐ Dentaire


☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5009 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : REGAGAI RACHID
 Date de naissance : 24-06-1961
 Adresse : IMN 28 APT 5 Wafa 3 Oulfa Casa.
 Tél. : 0600 170264 Total des frais engagés : 856,30 Dhs


Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 17/07/2022
 Nom et prénom du malade : REGAGAI RACHID Age : 61
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Neoplasie pulmonaire
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Neoplasie pulmonaire
 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 : Casa


Le : 12/08/2022

Signature de l'adhérent(e) : 


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
21-04-22	C	2	270	
21-07-22	C	2	270	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/07/22	341,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Service Laboratoire N°1 HOPITAL PRIVÉ CASABLANCA AIN SEBAÂ INPE: 090663272 279, Bd. Chefchaouni - Ain Sebaâ	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/07/22	B 240	265 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

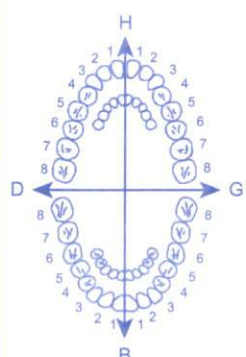
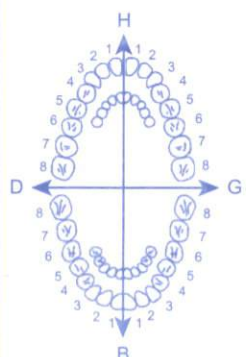
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) 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. Naoufal MAMOÛ
Oncologue - Radiothérapeute
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

21/07/2022

Mr. REGRAGUI RACHID

Analyses :

NFS
Urée + creatinine
transaminases

Dr. Naoufal Mamou
Centre International d'Oncologie Casablanca
Oncologue - Radiothérapeute
Route de l'Oasis, rue des Alouettes - Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81

SERVICE LABORATOIRE - N°4
HOPITAL PRIVÉ CASABLANCA AIN SEBAÂ
INPE : 090063272
279, Bd. Chefchaoui - Ain Sebaâ

Honoraires

Casablanca, le 12/08/2022

Dossier N°: 120822-225 du: 12/08/2022

Médecin Dr :MAMOU NAOUFAL

22-005007 N°Chambre

Patient :Mr REGRAGUI RACHID

Analyses	Cotation	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE	80	107,200
Créatinine	30	40,200
UREE	30	40,200
GOT/ASAT	50	67,000
GPT/ALAT	50	67,000
Prélèvement sang veineux	1	11,750
Total B		240
Total en dirhams		265,00

SERVICE LABORATOIRE - N°4
HOPITAL PRIVÉ CASABLANCA AIN SEBAÂ
INPE : 090063272
279, Bd. Chefchaouni - Aïn Sebaâ



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

Mr REGRAGUI RACHID

Dossier N° : 120822-225

Page : 2/2

BIOCHIMIE SANGUINE

CREATININE

: 8,33 mg/l (6,3 - 12)
73,72 μ mol/l (56 - 106)

Antériorité

UREE

: 0,24 g/l (0,16 - 0,48)
4,00 mmol/l (2,67 - 8)

BILAN HEPATIQUE

GOT/ASAT

: 15 UI/l (Inférieur à 40)

Antériorité

GPT/ALAT

: 15 UI/l (Inférieur à 45)

Aspect du sérum : Normal

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

279, Bd. Chefchaoui 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



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع



Casablanca, le 13/08/2022

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 120822-225 Pvt du: 12/08/2022 15:04

Mr REGRAGUI RACHID

IPP Patient : 22-005007/22

Patient Ordinaire :

Prescrit par Dr MAMOU NAOUFAL

Page : 1/2

HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION FORMULE SANGUINE

NUMERATION

Globules blancs	:	7 330	/mm ³	(4000 - 10000)
Globules rouges	:	4,15	10 ⁶ /mm ³	(4,44 - 5,61)
Hémoglobine	:	10,00	g/dl	(13,5 - 16,9)
Hématocrite	:	31,80	%	(40 - 49)
VGM	:	76,60	fL	(81,8 - 95,5)
TCMH	:	24,00	pg	(27 - 32)
CCMH	:	31,30	g/dl	(32 - 36)
Plaquettes	:	593 000	/mm ³	(150000 - 450000)

FORMULE

Polynucléaires Neutrophiles	:	62,70 %	Soit	4595/mm ³	(1500 - 7000)
Lymphocytes	:	24,30 %	Soit	1781/mm ³	(1500 - 4000)
Monocytes	:	12,30 %	Soit	901/mm ³	(100 - 1000)
Polynucléaires Eosinophiles	:	0,30 %	Soit	21/mm ³	(50 - 500)
Polynucléaires Basophiles	:	0,40 %	Soit	29/mm ³	(10 - 70)



AKDITAL

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

Dr. Naoufal MAMOU
Oncologue - Radiothérapeute
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

EXP : 02/2025
N° de lot 359

10 Comprimés pelliculés

NOVOPHARMA

LOT

UT.AV 323.00

ONSET-8®

ONDANSETRON 8 mg
HCL

blanca, le.....

21/07/2022

Mr. REGRAGUI RACHID

1/ NEUPOGEN 30

ou Nidestim

une injection par jour en sous cutané j4 et j5

2/ CLOPRAME SIROP

1 cuillère Matin midi et 1 Soir pendant 5 jours

3/ ONSET-8MG OU CHEMOSET 8 MG

1cp deux fois par jour un quart d'heure avant le repas pour 5 jours

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

PPV 18DH30 EXP 03/2025
LOT 1D069 6
CLOPRAME®
Solution buvable