

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 0047015

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6081 Société : AS1260
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SAASAA Aicha
Date de naissance : 15.06.1955
Adresse : 109. Lot AL FATI Sidi Naarroof Casablanca
Tél. : 06 58 49 06 63 Total des frais engagés : 729 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Kamal LAPIBABI
ONCOLOGUE - RADIOTHERAPEUTE
Centre International d'Oncologie de Casablanca
4, rue de l'Indépendance - Casablanca
Tél : 7 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74
Date de consultation : 20 / 02 / 2023
Nom et prénom du malade : SAASAA Aicha Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Carcinome mammaire
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 : 28 / 02 / 23
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
20.02.23	CS		250	
09.01.23	CS		67	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/01/23	379,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/12/23	B70	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>G</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	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	G																
	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. Kamal LAHBABI

Oncologue - Radiothérapeute

Ancien interne des Hôpitaux de Rennes
Ancien praticien de l'institut Bergonisé-Bordeaux

Casablanca, le.....

20/02/2023

Mme SAASAA Aicha

24.00
1/ CEDOL

2cp x 3/ jour soit 2cp toutes les 8 heures au moment de
l'injection de GCSF, 3 jours

357.00
2/ CHEMOSET 8 MG

1cp x 2/j pour 5 jours matin et soir 1/4 d'heure avant le repas

T = 379.00
PHARMACIE AHMED ALI

SARL AU
Dr. Ali EL JOUAYDI

Sidi Maârouf - Casablanca

Tél./Fax : 05 22 97 32 16

GSM : 06 61 60 54 68

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca
Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma

Dr. Kamal LAHBABI
ONCOLOGUE - RADIOTHÉRAPEUTE
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

صيدول

باراسيتامول / كودئين

Cédor®

20 Comprimés



6 118000 180913

22,00

20 حبة

عن طريق الفم

سنتيديك

Composition :

Paracétamol.....400 mg

Codeïne phosphate.....20 mg

Excipients.....q.s.p 1 comprimé.

Ne pas laisser à la portée des enfants

AMM N° 376/18 DMP/21/NRQ

Cédor®

PARACETAMOL / CODEINE

SYNTHEMEDIC



Voie orale

20 Comprimés



Laboratoires SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Louisei Binou El Mouam

Robbes Noires - Casablanca

لا يجوز استعماله إلا بوصف من الطبيب
Liste I - Uniquement sur ordonnance

CHEMOSET®

Ondansétron

8 mg

LOT:0107004
EXP:11/24
PPV:357DH00

10 Comprimés Pelliculés
Voie Orale



Composition : Par Comprimé pelliculé
Ondansétron (DCI) 8 mg
Eq. Ondansétron HCl 10 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé
Contient du lactose

Indications, Contre-Indications

Posologies & Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur

Conserver à une température inférieure ou égale à 25°C, à l'abri de la lumière

Médicament autorisé n°: 83/15 DMP/21/NRQ

Respecter les doses prescrites

Tableau A

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE
DES ENFANTS

CHEMOSET® 8mg

10 comprimés pelliculés



كيموست
أندونسيترون

8 ملغ



10 أقراص ملبسة
عن طريق الفم

Fabriqué par Pharmathen - Grèce
Importé par



Zone Industrielle Ouest Ain Harrouda
Route Régionale n° 322 (ex R.S 111)
Km 12.400 Ain Harrouda 28 630 - Mohammedia, Maroc





AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع



Casablanca, le 20/02/2023

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 200223-011 Pvt du: 20/02/2023 7:58
Mme SAASAA AICHA
IPP Patient : 23-000878/23
Patient Ordinaire :
Prescrit par Dr LAHBABI KAMAL

Page : 1/1

HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION FORMULE SANGUINE

NUMERATION

Globules blancs	:	7 720	/mm ³	(4000 - 10000)	6710 (30/01/23)
Globules rouges	:	4,28	10 ⁶ /mm ³	(3,92 - 5,08)	4,44 (30/01/23)
Hémoglobine	:	11,40	g/dl	(11,9 - 14,6)	11,80 (30/01/23)
Hématocrite	:	35,90	%	(36,6 - 48)	36,90 (30/01/23)
VGM	:	83,80	fL	(82,9 - 98)	83,10 (30/01/23)
TCMH	:	26,60	pg	(27 - 32)	26,50 (30/01/23)
CCMH	:	31,80	g/dl	(32 - 36)	31,90 (30/01/23)
Plaquettes	:	238 000	/mm ³	(150000 - 450000)	244 000 (30/01/23)

FORMULE

Polynucléaires Neutrophiles	:	77,10 %	Soit	5952/mm ³	(1500 - 7000)	4650,03 (30/01/23)
Lymphocytes	:	15,30 %	Soit	1181/mm ³	(1500 - 4000)	1536,59 (30/01/23)
Monocytes	:	7,00 %	Soit	540/mm ³	(100 - 1000)	503,25 (30/01/23)
Polynucléaires Eosinophiles	:	0,20 %	Soit	15/mm ³	(50 - 500)	0,00 (30/01/23)
Polynucléaires Basophiles	:	0,40 %	Soit	30/mm ³	(10 - 70)	20,13 (30/01/23)

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement



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.....

09/01/2023

Mme SAASAA Aicha

NFS
RDV prévu le

20.2.23

Dr. Kamal LAHBABI
ONCOLOGUE - RADIOTHÉRAPEUTE ①
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

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

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca
Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma

Honoraires

Casablanca , le 20/02/2023

Dossier N°: 200223-011 du: 20/02/2023

Médecin Dr :LAHBABI KAMAL

23-000878 N°Chambre

Patient :Mme SAASAA AICHA

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 : 040063272
279, Bd. Chefchaouni - Aïn Sebaâ