

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- 0021518

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0707 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AIT LAKHDAR Mehdi 167439
Date de naissance : 01/01/1944
Adresse : 36 Abou Isahak el Oujjayy apt 6
Maarif Casablanca
Tél. 0663607838 Total des frais engagés : 790,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 05 / 06 / 23
Nom et prénom du malade : Mehdi Ait Lakhdar Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affect digestive
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 : Casa Blanca Le : 05 / 06 / 2023
Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09/06/23 | | CS | #35045 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 09/06/23 | B: 310 + pm | 440,40 DM |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

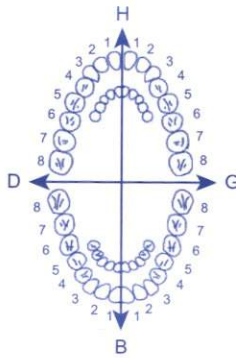
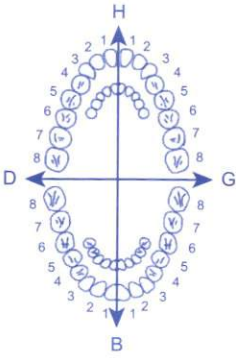
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 CCEFFICIENT 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> | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [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



المستشفى الخاص الدولي للدار البيضاء

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL DE CASABLANCA

Groupe CIM Santé - Casablanca

HPIC

Casablanca, le : 09/06/23

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL
DE CASABLANCA

DU GROUPE CIM HOLDING

ANGLE BD BIR ANZARANE ET
ABOU ISHAK SHIRAZI ET RUE
BEN JILALI, QUARTIER MAARIF
CASABLANCA.

TÉL: 05 22 05 40 40

FAX: 05 22 05 40 41

ICE: 002924279000042

M. MEHOI
AIT. LAKHDAR

- NFS - ~~grip~~

- TP - TCA

- Recherche du sang
de ces selles.

ANESTHÉSIE-REANIMATION

CARDIOLOGIE GÉNÉRALE
ET INTERVENTIONNELLE

CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE

RHUMATOLOGIE

CHIRURGIE THORACIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
& TRAUMATOLOGIQUE

ADULTE ET PÉDIATRIQUE

NEUROLOGIE

NEURO-CHIRURGIE

CHIRURGIE

MAXILLO-CERVICO-FACIALE

CHIRURGIE PLASTIQUE
& ESTHÉTIQUE

CHIRURGIE UROLOGIQUE

NEPHROLOGIE

CHIRURGIE VISCÉRALE

CHIRURGIE PÉDIATRIQUE

CHIRURGIE OPHTHALMOLOGIQUE

DERMATOLOGIE

ENDOCRINOLOGIE

HÉMATOLOGIE

HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRICALE

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

ONCOLOGIE

PÉDIATRIE & REANIMATION

NEONATALE

PNEUMOLOGIE

RADIOLOGIE

RADIOLOGIE

RADIOLOGIE

RADIOLOGIE

RADIOLOGIE

SERVICE RADIOLOGIE

.....

SERVICE CONSULTATIONS

.....

SERVICE PRISE EN CHARGE

.....

SERVICE FACTURATION

.....

LABORATOIRE D'ANALYSES
DE BIOLOGIE MÉDICALE
17 Bd. Bir Anzarane - Casa
ICE: 0017 0386000083
INPE: 033001196

Dr. Rahmouni Imène
Hépatogastro-entérologie
INPE: 06130150615

Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane
117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca
Tél : 05 22 99 46 63/ 05 22 25 82 05 Fax : 05 22 98 09 11

ICE : 001748386000083
Patente : 35870583
IF : 01006693
CNSS : 7070999

Compte bancaire : BMCI Casa Normandie
RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE : 093001196

Casablanca le : 09-06-2023

Mr. Mehdi AIT LAKHDAR

| | |
|------------|------------|
| FACTURE N° | 2306091097 |
|------------|------------|

Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|------|--|------|-------|
| PS | Prélèvement sang | E25 | E |
| 9105 | FORFAIT DE SECURITE POUR ECHANTILLON SANGUIN | E0 | E |
| 0216 | Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes) | B80 | B |
| | Taux de Prothrombine(TP) | B40 | B |
| | Recherche de sang dans les selles | B150 | B |
| | Temps de Céphaline activé: | B40 | B |

Total de B : 310

| | |
|---------------|-----------|
| TOTAL DOSSIER | 440.40 DH |
|---------------|-----------|

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent quarante dirhams quarante centimes

LABORATOIRE D'ANALYSES
DE BIOLOGIE MÉDICALE
BIR ANZARANE
117, Bd. Bir Anzarane - Casa
ICE: 001 748386000083
INPE: 093001196



Prescripteur : Dr IMANE RAHMOUNI

Dossier ouvert le : 09-06-2023 14:49

Edité le : 10-06-2023

Réf : 2306091097

Compte Rendu d'Analyse

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 N°2 020/85901

Mr. AIT LAKHDAR Mehdi

Page 1 / 2

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE Sysmex XT2000

NUMERATION

| | | | | |
|---------------|-------|-------------------|----------------|---------------------|
| Leucocytes : | 4 410 | /mm ³ | (4 000–10 000) | 15-09-2022 2 770 |
| Hématies : | 4.14 | M/mm ³ | (4.00–5.70) | 4.24 |
| Hémoglobine : | 13.1 | g/100ml | (12.5–17.2) | 13.3 |
| Hématocrite : | 37.9 | % | (37.0–49.0) | 38.6 |
| VGM : | 91.5 | μ ³ | (80.0–101.0) | 91.0 |
| TCMH : | 31.6 | pg | (27.0–33.0) | 31.4 |
| CCMH : | 34.6 | g/100ml | (29.0–36.0) | 34.5 |

FORMULE

| | | | | |
|-------------------------------|-------|------------------|---------------|-------|
| Polynucléaires Neutrophiles : | 49.1 | % | (40.0–75.0) | 22.8 |
| Soit: | 2 165 | /mm ³ | (2 000–7 500) | 632 |
| Polynucléaires Eosinophiles : | 6.1 | % | (1.0–4.0) | 9.7 |
| Soit: | 269 | /mm ³ | (100–400) | 269 |
| Polynucléaires Basophiles : | 0.5 | % | (0.0–1.0) | 0.7 |
| Soit: | 22 | /mm ³ | (0–150) | 19 |
| Lymphocytes : | 31.7 | % | (20.0–45.0) | 53.1 |
| Soit: | 1 398 | /mm ³ | (1 500–4 000) | 1 471 |
| Monocytes : | 12.6 | % | (2.0–12.0) | 13.7 |
| Soit: | 556 | /mm ³ | (200–800) | 379 |

PLAQUETTES

| | | | | |
|------------------|------------------------------------|------------------|-------------------|---------|
| Plaquettes : | 210 000 | /mm ³ | (150 000–400 000) | 168 000 |
| VMP: | 9.8 | fl | | 9.8 |
| Frottis sanguin: | Absence d'anomalies morphologiques | | | |

HEMOSTASE

| | |
|-----------------------|--------------|
| Traitement | Non précisé. |
| Taux de Prothrombine: | 60 % |
| INR : | 1.34 |



TCA

Patient: 40.0 sec.
Témoin: 25.0 sec.
TCA Ratio patient/témoin: **1.60** (<1.20)

BACTERIOLOGIE

Recherche de sang dans les selles

Hémoglobine dans les selles : <10 µg/g (<15)
(Immunoturbidimétrie iFOBT)

15-09-2022
<10

Recherche: **Négative.**

Fin du compte rendu