

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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

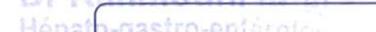
Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0707 Société : R.A.M  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : 167439  
 Nom & Prénom : AIT LAKHDAZ Mehdi  
 Date de naissance : 01/01/1944  
 Adresse : 36 Abou Ishaq el Ovajzaïj casablanca  
 Tél. 06 636 07 838 Total des frais engagés : 790,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

  
**Hépato-gastro-entérologue**  
 City office 4 ème étage, Bcrosu D'El Jadida  
 Tél: 05 22 89 27 66 - 06 63 34 87

Date de consultation : 09/06/23

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

07 JUL. 2023

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) : 

#### **RELEVE 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		#350.00	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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.

### **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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G	00000000	00000000														
	<p style="text-align: center;"><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

HPIC

Groupe CIM Santé - Casabalanca

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

Casablanca, le : 09/06/23

Mr. MEHOI  
AIT LAKHDAR

- NFS - gip
- RP - TCA
- recherche du sauf  
de les selles.

ANESTHESIE-REANIMATION  
CARDIOLOGIE GENERALE  
ET INTERVENTIONNELLE  
CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE  
ADULTE ET PEDIATRIQUE  
RHUMATOLOGIE  
CHIRURGIE THORACIQUE  
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE  
& TRAUMATOLOGIQUE  
ADULTE ET PEDIATRIQUE  
NEUROLOGIE  
NEURO-CHIRURGIE  
CHIRURGIE  
MAXILLO-CERVICO-FACIALE  
CHIRURGIE PLASTIQUE  
& ESTHETIQUE  
CHIRURGIE UROLOGIQUE  
NEPHROLOGIE  
CHIRURGIE VISCERALE  
CHIRURGIE PEDIATRIQUE  
CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE  
DERMATOLOGIE  
ENDOCRINOLOGIE  
HÉMATOLOGIE  
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
GYNECOLOGIE OBSTÉTRIQUE  
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
ONCOLOGIE  
PEDIATRIE & REANIMATION  
NEONATALE  
PNEUMOLOGIE  
RADIOLOGIE

SERVICE RADIOLOGIE

SERVICE CONSULTATIONS

SERVICE PRISE EN CHARGE

SERVICE FACTURATION

LABORATOIRE D'ANALYSES  
DE BIR ANZARANE  
117 Bd. Bir Anzarane, Casa  
CE: 00178386000083  
INPE: 001196

Dr Rahmouni Inane  
Dr Hepato-gastroenterologue 155  
Dr Hepato-gastroenterologue 155

**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**

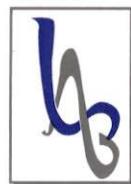
<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
PS	Prélèvement sang	E25	E
9105	FORFAIT DE SECURITE POUR ECHANTILLON SANGUIN	E0	E
0216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B
	Taux de Prothrombine( TP)	B40	B
	Recherche de sang dans les selles	B150	B
	Temps de Céphaline activé:	B40	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  
117, Bd. Bir Anzarane - Casa  
ICE: 001748386000083  
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

Page 1 / 2

**Mr. AIT LAKHDAR Mehdi**

## **HEMATOLOGIE**

### **NUMERATION FORMULE SANGUINE** **Sysmex XT2000**

#### **NUMERATION**

			15-09-2022
Leucocytes :	4 410	/mm3	(4 000–10 000)
Hématies :	4.14	M/mm3	(4.00–5.70)
Hémoglobine :	13.1	g/100ml	(12.5–17.2)
Hématocrite :	37.9	%	(37.0–49.0)
VGM :	91.5	μ3	(80.0–101.0)
TCMH :	31.6	pg	(27.0–33.0)
CCMH :	34.6	g/100ml	(29.0–36.0)
			2 770
			4.24
			13.3
			38.6
			91.0
			31.4
			34.5

#### **FORMULE**

Polynucléaires Neutrophiles :	49.1	%	(40.0–75.0)	22.8
Soit:	2 165	/mm3	(2 000–7 500)	632
Polynucléaires Eosinophiles :	6.1	%	(1.0–4.0)	9.7
Soit:	269	/mm3	(100–400)	269
Polynucléaires Basophiles :	0.5	%	(0.0–1.0)	0.7
Soit:	22	/mm3	(0–150)	19
Lymphocytes :	31.7	%	(20.0–45.0)	53.1
Soit:	1 398	/mm3	(1 500–4 000)	1 471
Monocytes :	12.6	%	(2.0–12.0)	13.7
Soit:	556	/mm3	(200–800)	379

#### **PLAQUETTES**

Plaquettes :	210 000	/mm3	(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

Biologistes Responsables :

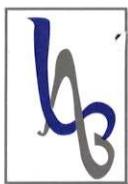
- Dr. A. AZEDDOUG
- Dr. N. BAAJ

**Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2020/85901**

Dossier Validé

Dr N. BAAJ  
Pharmacien biologiste  
117 Bd Bir Anzarane - Casablanca - Tél : 0522 98 09 11  
Site Web : labobiranzarane.com

LABORATOIRE D'ANALYSES  
BIR ANZARANE - CASABLANCA  
Tél : 0522 98 09 11  
Fax : 0522 98 09 11  
Site Web : labobiranzarane.com



**Mr. AIT LAKHDAR Mehdi**  
Réf : 2306091097

Page 2 / 2

**TCA**

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

**BACTERIOLOGIE**

**Recherche de sang dans les selles**

Hémoglobine dans les selles : **<10 µg/g** ( $<15$ ) 15-09-2022  
<10

Recherche: Négative.

Fin du compte rendu

Biologistes Responsables :

- Dr. A. AZEDDOUG
- Dr. N. BAAJ

**Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2020/85901**

Dr N. Baa j  
Laboratoire d'analyses  
de biologie médicale  
117 Bd Bir Anzarane - Casablanca  
ICE: 001748386000083  
INPE: 093001196

Dossier Validé par :