

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W19-519722

55066

Optique

Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 944

Société : R.A.M

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HALIMY Abdellmjid

Date de naissance : 29/01/1930

Adresse : Coop. ALICHAFF II n° 21 Sidi

7222000 - CASA BLANCA

Tél. : 06 98 33 54 57

522 32 19 54

Total des frais engagés : 572,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. AM - EL ALAOU.
HEMATOLOGISTE
3, Rue Batignolles - Belvédère - CASA
Tél. 022 40.08.12

Date de consultation : 09/12/2020

Nom et prénom du malade : Halimy Abdellmjid

Lien de parenté : Lui-même époux

Nature de la maladie : Thrombocytopénie

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

Signature de l'adhérent(e) : Halimy Abdellmjid

Le : 09/12/2020

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
10/12/2023	01	01	300,00	INP : 91046666 AM-EL ALAOUI - LOGISTIQUE PHARMACIE

Dr. AMEL ALAZOON
MEMATOLOGISTE
08-08-12

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			
	H 25533412 000000000 D 000000000 355334111 B	G 21433552 000000000 000000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr. AM-EL ALAOUI

HEMATOLOGISTE

5, Rue Benabdellah, Bâtiment - CASA

Tel: 022 40 08 12

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca



Casablanca le :

03/12/20

DR HALYONY Abdellatif.

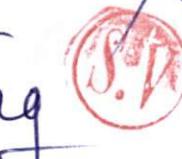
62,50x2

Curette



26,20x2

Acrylic gel 15/3



40,50x2

1 cp 3x5x15

2) Tardifewy 80



5) 27242

40g - X 2 ml



Dr. AM-EL ALAOUI
HEMATOLOGISTE
1, Rue Battikhia, Bécharia, Casablanca
Tel: 022 440812

Boîtes abondantes

Play

CUREAML®

Hydroxycarbamide

500 mg



6 118001 260607

voie orale

PPV: 69 DH 50

CUREAML®

Hydroxycarbamide

500 mg

voie orale

6 118001 260607

PPV: 69 DH 50

319334



6 118001 103041

Tardyferon® 80 mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334



6 118001 103041

Tardyferon® 80 mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

LOT : 14219004
PER : 05/2023
PPU : 26,20 DH

LOT : 14219001
PER : 03/2023
PPU : 26,20 DH

ACFOL® 5mg

Boîte de 28 comprimés

6 118000 1430025

ACFOL® 5mg

Boîte de 28 comprimés

6 118000 1430025

Date du prélèvement : 07-12-2020 à 12:56

Code patient : 1908062008

Né(e) le : 09-01-1930 (90 ans)



Mr Abdelmajid HALMONY

Dossier N° : 2012072021

Prescripteur : Dr A.M EL ALAOUI

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE(Sysmex XT-1800i)

16-09-2020

Leucocytes	19.38	G/L	(3.90-10.20)	12.05
Hématies	3.98	T/L	(4.00-5.65)	5.45
Hémoglobine	9.2	g/dL	(12.5-17.2)	12.5
Hématocrite	28.9	%	(37.0-49.0)	38.8
V.G.M	72.6	fL	(80.0-101.0)	71.2
T.C.M.H	23.1	pg	(27.0-34.0)	22.9
C.C.M.H	31.8	g/dL	(30.0-36.0)	32.2

FORMULE LEUCOCYTAIRE(Sysmex XT-1800i)

Poly. Neutrophiles	75.5	%	67.8
Soit	14.63	G/L	(1.50-7.70)
Poly. Eosinophiles	1.3	%	3.5
Soit	0.25	G/L	(0.02-1.10)
Poly. Basophiles	1.1	%	1.6
Soit	0.21	G/L	(<0.35)
Lymphocytes	15.1	%	20.6
Soit	2.93	G/L	(>1.00)
Monocytes	7.2	%	6.5
Soit	1.40	G/L	(0.10-2.70)
PLAQUETTES(Sysmex XT-1800i)	868	G/L	(150-450)

Commentaire :

LEUCOCYTOSE
THROMBOCYTOSE

Validé par le biologiste

Ab
Laboratoire EVOLULAB d'Analyses Médicales
Tél. : 05 22 95 03 34 - Fax : 05 22 94 77 45 - E-Mail : evolulab@hotmail.com
E-mail : evolulab@hotmail.com
Tél. : 05 22 95 03 34 - Fax : 05 22 94 77 45 - E-Mail : evolulab@hotmail.com
E-mail : evolulab@hotmail.com