

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 canalaire, 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 canalaire.

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

N° P19- 060402

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1212 Société : Ram
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHADUI ALIL ABDELLAH
 Date de naissance : 24-04-1949
 Adresse : LOT BAALABAK N°48. AN DIAB -
 Tél. : 0662889855 Total des frais engagés : 2359,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/02/2020
 Nom et prénom du malade : CHADUI ALIL ABDELLAH Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Sphérocytose
 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 : 21/02/2020 Le : 21/02/2020
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Saadia ZAFAD
 Médecin Agrogée
 Oncologie
 AL MADINA
 27 40 à 49

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant l'exécution des Actes
21/10/2020	Rempl	2359,40		

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

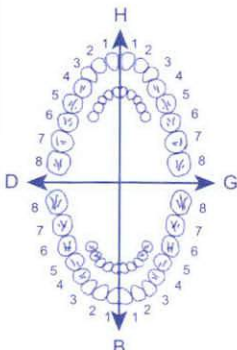
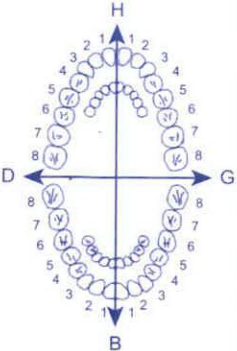
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie
 Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinothérapie - Déficit Immunitaire
 Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur
 Rx Conventiennelle - Echographie

FACTURE

N° : 2252 B / 2020 du 24/02/2020

TRANSFUSION

Nom patient CHAOUI AZIZ ABDELLATIF

Entrée 21/02/2020

PAYANT

Sortie 21/02/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR	1,00	FC	500,00	500,00
TRANSFUSION K10	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	800,00
PHARMACIE	1,00		61,40	61,40
			<i>Sous-Total</i>	61,40
Total Clinique				861,40

PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)	1,00		450,00	450,00
			<i>Sous-Total</i>	450,00
CENTRE TRANSFUSION SANGUINE	1,00	SANG	1 048,00	1 048,00
			<i>Sous-Total</i>	1 048,00
Total Autres prestations				1 498,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE TROIS CENT CINQUANTE-NEUF DIRHAMS QUARANTE CENTIMES

Total 2 359,40

CLINIQUE AL MADINA
 FACTURATION
 Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
 Quartier Palmiers - Casablanca
 Tél: 0522.77.77.40 à 49 (L.G)
 Fax: 0522.25.00.01

Nom patient : CHAOUT ABDELLELATI N° Facture 208191029
Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie
Créffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinoopathie - Déficit Immunitaire

Produit	Quantité	Fix Unitair	Montant
FURILAN 20 MG/2ML INJECTA (05)(1)	2	2,44	4,88
Sous-Total médicaments			4,88
BETADINE 10% 125ML (001)	1	15,60	15,60
CHLORURE SODI LAP POCH 100ML (050)(1)	1	10,30	10,30
COMPRESSE STERILE 7.5*7. (200)(1)	2	1,88	3,76
GANT D'EXAMEN LATEX 6/7 S (100)(1)	10	0,90	9,00
INTRANULES BLEUES 22 G (100)(1)	1	4,50	4,50
SERINGUE 10CC (100)(1)	2	1,05	2,10
SERINGUE 5 CC (100)(1)	2	0,68	1,36
SERINGUE 1CC 25G*36 (100)(1)	1	0,90	0,90
TRANSFUSEUR (001)	1	9,00	9,00
Sous-Total consommable médical			56,52
Total pharmacie			61,40

CLINIQUE AL MADINA ②
FACTURATION
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca
Tél: 0522.77.77.40 à 49 (L.G)
Fax: 0522.25.00.01

BON d'ATTRIBUTION
NUMERO 0000000520528

Date et heure 21/02/2020 - 12:03
Etablissement CLINIQUE AL MADINA (05PRI00123)
RUE MANSARD EN FACE DU LYCEE
CASA
20000

Malade no 0529990
Nom et prenom CHAOUI AZIZ ABDELLATIF
Sexe / ne(e) le M
Groupe sanguin B Positif

Service
Ref. commande 1002407122

CGR homologue Déleucocyté Syst clos (3H100)

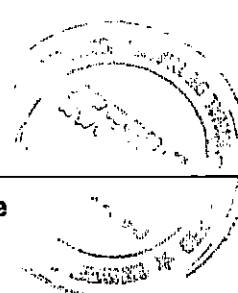
Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unité	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05192866063		B +	1	01/04/2020			250

TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H100 / - CGR homologue Déleucocyté Syst clos	1	250	509/poche	509

Signature responsable

NAIMA.E



BON d'ATTRIBUTION
NUMERO 0000000520038

Date et heure 20/02/2020 - 11:33
Etablissement CLINIQUE AL MADINA (05PRI00123)
RUE MANSARD EN FACE DU LYCEE
CASA
20000

Malade no 0529990
Nom et prenom CHAOUI AZIZ ABDELLATIF
Sexe / ne(e) le M
Groupe sanguin B Positif

Service
Ref. commande 1002407118

CGR homologue Déleucocyté Syst clos (3H100)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05192973504		B +		1	31/03/2020		250

TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H100 / - CGR homologue Déleucocyté Syst clos	1	250	509/poche	509

Signature responsable

MOHAMED.R



ROYAUME DU MAROC
Ministere de la Sante
Centre National de Transfusion
Sanguine
RABAT

21/02/2020

Nom : CHAOUI AZIZ
Prenom : ABDELATIF
Numero de
Etablissement CLINIQUE AL MADINA
Service
Date prelevement 19/02/2020

Dossier : 0605825
Prelevement: 4062736
Ref. de demande:

ANALYSES EFFECTUEES

=====

PRIX

=====

RESULTAT

=====

RAI 30.00 Dh: Négative

SIGNATURE

RESPONSABLE DU LABORATOIRE

