

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, parodontologie 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

- Reclamation : 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° W21-645814

137511

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02239 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FADIL Mohamed

Date de naissance : 16-10-1956

Adresse : Hôpital

Tél. : 0604331303 Total des frais engagés : 4180 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/10/2022

Nom et prénom du malade : FADIL Mohamed

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : LNH

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 :

Le : 19/10/2022

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 des frais des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/11/2022	16		6000	DRP
03/11/2022	16		6000	

[illegible][illegible][illegible]

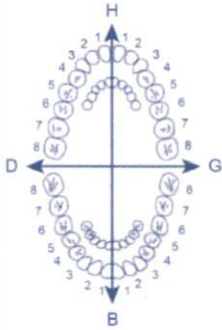
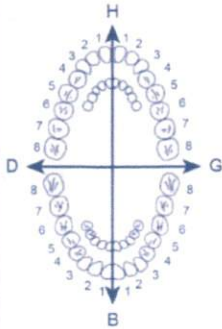
Cachet et signature
du Participant

VOLET ADHERENT

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	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														
					COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS														
					DEBUT D'EXECUTION														
					FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION														
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <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			
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



RADIOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC • RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE •
CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE • GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE •
CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS • REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR •
SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

Casablanca Le : 04/11/2022

Facture N° 21065/22

Etablie par SOUAD ADMIN Page 1/1

Identification

N° Dossier : X2J2720027

N° Identifiant : 22103160/22

Nom & Prénom : FADIL MOHAMED

C.I.N. : B529569

Date Début : 03/11/2022

Date Fin : 04/11/2022

Adresse :

Médecin : BENNANI JALIL

Traitement : Transfusion

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-------------	-----	---------	------	------	---------

SEJOUR					
Sejour Ambulatoire	2	500,00			1.000,00
Total Rubrique :					1.000,00
PERFUSION/TRANSFUSION/INJECTION					
Transfusion	2	400,00			800,00
Total Rubrique :					800,00
CONSOMMABLE MEDICAL					
Consommables médicaux	1	400,00			400,00
Total Rubrique :					400,00
					2.200,00
PARTIE CLINIQUE :					
HONORAIRES MEDICAUX					
Dr. BENNANI JALIL (HEMATOLOGUE)	2	450,00			900,00
Total Rubrique :					900,00
ACTES EXTERIEURS					
CENTRE DE TRANSFUSION	1	1.080,00			1.080,00
Total Rubrique :					1.080,00
					1.980,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:					
TOTAL FACTURE					4.180,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Quatre mille cent quatre-vingts Dirhams

Cachet et signature
Clinique d'Oncologie Le Littoral
Salaj 3, Bd. La Grande Ceinture Ain Diab
Casablanca - Maroc - Tel : 0522 64 81 52 / 0522 68 90 91 / 92
Fax : 0522 64 81 52 / 0522 79 75 94
C 59

Service Caisse

Quittance N° 25545/22

Le 27/10/2022 11:07



Ordre Encaissement : SOUAD ADMIN

Opérateur : CAISSIERE

Patient : X2J2720027 FADIL MOHAMED

Référence de paiement :
trsf

Total Espèce :	4180.00
Droit Timbre payé :	10.45

RADIOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC • RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE •
 CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE • GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE •
 CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS • REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR •
 SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

Page : 1/1

DATE: 04/11/2022

Détail de la pharmacie consommée

Patient **FADIL MOHAMED**

Dossier N° **X2J2720027**

Date	Produit consommé	Quantité	Prix Unit.	Montant
Consommables médicaux				
03/11/2022	COMPRESSES PHARCO 7,5 (100)	2	3,50	7,00
03/11/2022	GANT NITRIL (100)	10	1,50	15,00
03/11/2022	SERUM SALE 0.9% 100 ML (050)	8	9,00	72,00
Total				94,00
Total journée 03/11/2022				94,00
Date	Produit consommé	Quantité	Prix Unit.	Montant
Consommables médicaux				
04/11/2022	AIG HUBER AVEC SITE 20G (001)	4	68,21	272,84
04/11/2022	ROBINETS A 3 VOIES BD (100)	2	5,78	11,56
04/11/2022	TRANSFUSEURS (001)	2	7,50	15,00
04/11/2022	INTRANULES ROSES G 20 (100)	2	3,30	6,60
Total				306,00
Total journée 04/11/2022				306,00
Total produits consommés:				400,00

Clinique d'Oncologie Le Littoral
 Salaj 3, Bd. La Grande Ceinture Ain Diab
 Casa - Anfa - Tél : 0520 68 68 90/91/92
 Fax : 0522 64 81 52 / 0522 79 75 94
 C 59

BON d'ATTRIBUTION
NUMERO 0000000937067

Date et heure 31/10/2022 - 16:01
Etablissement CLINIQUE LE LITTORAL (05PRI00118)
falaj 3 b sidi abderahman
CASA
20000

Malade no 0888349
Nom et prenom FADIL MOHAMED
Sexe / ne(e) le
Groupe sanguin A Négatif

Service
Ref. commande 1012074640

CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	0519561331-		A -		1	06/12/2022		250
0005	05195863132		A -		1	09/12/2022		250

TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	2	500	360/poche	720

Signature responsable

WAFA.H



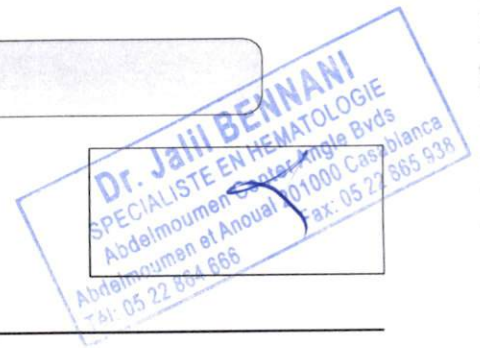


RADIOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC • RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE •
CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO-HEMATOLOGIE • GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE •
CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS • REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR •
SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

DATE: 04/11/2022

NOTE D'HONORAIRE

Nom Médecin : Dr. BENNANI JALIL



Adresse Professionnelle: 452 ANGLE BD ABDELMOUMEN

Ville Professionnelle : CASABLANCA

Tél :

Specialité : HEMATOLOGUE

I.C.E. : 001636746000088

I.F. : 40298165

Taxe Prof. : 36365216

N° C.N.S.S. : 8329105

N° Facture : 21065/22

N° Dossier : X2J2720027

Patient : FADIL MOHAMED

Montant honoraire : 900.00





ORDONNANCE

Mr. 07739

Dr Jalil BENNANI

Spécialiste en Hématologie Clinique
DES en Cancérologie
AFSA en Hématologie

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles

Ancien assistant à l'Institut Jules Bordet -
Bruxelles

Ancien chef de clinique à l'Institut Gustave
Roussy - Villejuif

Ancien Interne des Hôpitaux Saint-Louis et
Hôtel Dieu - Paris

Mr Mohamed FADIL

le : 03/11/2022

A faire le :

RAPPORT MEDICAL D'HOSPITALISATION CLINIQUE LITTORAL

Mr Mohamed FADIL âgé de 66 ans
qui me consulte pour : Anémie à 8,5g/dl

A bénéficié de transfusion sanguine par :
Culots Globulaires phénotypés au nombre de:3 .
Sortie faite après transfusion en date du : 04/11/2022



ORDONNANCE

M207739

le 26.10.2022

Dr Mohamed FADIL

Général / Diabétique / ENH.

Anémie 8,5 g/dl.



Dr Jalil BENNANI

Spécialiste en Hématologie Clinique
DES en Cancérologie
AFSA en Hématologie

Diplômé de l'Université Libre de
Bruxelles

Ancien assistant à l'Institut Jules Bordet
- Bruxelles

Ancien chef de clinique à l'Institut
Gustave Roussy - Villejuif

Ancien Interne des Hôpitaux Saint-Louis
et Hôtel Dieu - Paris

Adresse : CENTRE ABDELMOUMEN
Angle Bvds Abdelmoumen et Anoual
20360 Casablanca - Maroc

Tel : +212 (0) 522 864 666

Fax : +212 (0) 522 865 938

Urgences : +212 (0) 649 202 690

j.bennani@gmail.com

Transfuser 3 CG ~~si TAS < 11 g/dl~~

1430 / poche

(Sortir après 2^e et 3^e CG
si TAS $\geq$ 11 g/dl)

Faire Groupage Sang

Dr. Jalil BENNANI
SPECIALISTE EN HÉMATOLOGIE
Abdelmoumen Center Angle Bvds
Abdelmoumen et Anoual 20100 CASABLANCA
TEL : 0522 864 666 Fax : 0522 865 938

BON d'ATTRIBUTION
NUMERO 0000000939533

Date et heure 04/11/2022 - 11:48
Etablissement CLINIQUE LE LITTORAL (05PRI00118)
falaj 3 b sidi abderahman
CASA
20000

Malade no 0888349
Nom et prenom FADIL MOHAMED
Sexe / ne(e) le
Groupe sanguin A Négatif

Service
Ref. commande 1012032507

CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	0519564719-		A -		1	15/12/2022		250

TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	1	250	360/poche	360

Signature responsable

MOUNIA.K





RADIOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC • RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE •
CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE • GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE •
CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS • REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR •
SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

BILLET DE SORTIE

N° Admission : X2J2720027

Nom et Prénom : FADIL MOHAMED

Médecin traitant : BENNANI JALIL

Prise en charge :

Date Entrée : 03/11/2022

Date Sortie : 04/11/2022

• Visa	Médecin	Administration	Surveillante
--------	---------	----------------	--------------

Clinique d'Oncologie Le Littoral
Salaj 3, Bd. La Grande Ceinture Ain Diab
Casa - Anfa - Tél : 0520 66 80 91 / 92
Fax : 0522 64 81 52 / 0522 29 75 94
C 59