

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.

Pathologie 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.

Education :

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.

Opticien :

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

Préclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.



Déclaration de Maladie

Nº P19- 060399

ND=30311

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1212

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAOUI AZIZ ABDELLATIF

Date de naissance : 25.04.1949

Adresse : LOT BAALABAÏ N° 48 AIN SIDI B

CASA

Tél. : 0662 88 98 55

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/03/2022

Nom et prénom du malade : CHAOUI AZIZ

Age : Ans

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 : CASABLANCA

Le : 03/03/2022

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
01/03/2016	CS		500,00	J.P. SENGAR ZAHAD Professeur Agrégé Hématologie Oncologie CLINIQUE AL MADINA TÉL: 05 22 77 77 40 à 49 - m: 16 67 54 73 07

~~EXÉCUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
CLINIQUE AL MAMOUD Formule Bébé FACULTÉ MEDICAL ET DENTAIRE Rue Med Ben El Khéir Quartier Palmiers - Casablanca TAI: 0522.77.77.40 à 49 (LMN) 10312020 fax: 0522 75.00.01	10312020	TRANSFUSION Suis intensifs 6851.45

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

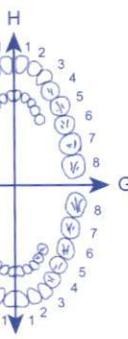
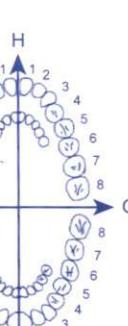
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ORL.

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie
 Crevre de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinopathie - Déficit Immunitaire
 Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur
 Rx Conventionnelle - Echographie

ORDONNANCEPrescription de produits sanguins :

Nom...L.HAOUIA...A222.ABDELLATIF

Demande de transfusion en :

-culots globulaires
 - ✓ Standard
 - ✓ Phénotypés
 - ✓ Déleucocytés
-unités plaquettaires
 - ✓ Standard
 - ✓ déleucocytées
-plasma frais congelé

Le ...A010312020....

Dr. ZAKARIA
Chirurgien-Dentiste
Clinique Al Madina
Casablanca

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie
 Crevette de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinopathie - Déficit Immunitaire
 Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur
 Rx Conventionnelle - Echographie

ORDONNANCEPrescription de produits sanguins :

Nom.CHAOUI AZZEDINE ABDELLATIF

Demande de transfusion en :

- culots globulaires
 - ✓ Standard
 - ✓ Phénotypés
 - ✓ Déleucocytés
- unités plaquettaires
 - ✓ Standard
 - ✓ déleucocytées
- plasma frais congelé

Le ... 11.03.18 ...



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

ORDONNANCE

Le 12/03/20

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Mr CHAOUI AZIZ ABDELLATIF , suivi pour Spherocytose héréditaire avec cardiopathie , s'est présenté le 11/03/2020 avec une anémie à 7g/dl , mal tolérée Patient hospitalisé en soins intensifs où il a été transfusé en 03 CG phénotypés filtrés du 11/03/2020 au 12/03/2020

Déclaré sortant le 12/03/2020

Casablanca, le 12/03/2020

NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur

A l'honneur de présenter ses meilleures salutations à

Mr / Mme / Melle CHAOUI ALIZ ABDELLAH

Et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraires pour

TRANSFUSION

S'élevant à la somme de # 2100 # DHS

deux mille cent Dirhams

Cachet et Signature

Dr. S. ZAFAR
Hôpital de Clinique
Clinique Al Madina

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

F A C T U R E

N° : **3171 B / 2020** du **13/03/2020**

TRANSFUSION

Nom patient	CHAOUI AZIZ ABDELLATIF	Entrée	11/03/2020
	PAYANT	Sortie	12/03/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR				
TRANSFUSION K10	2,00		1 200,00	2 400,00
	2,00		300,00	600,00
			<i>Sous-Total</i>	3 000,00
PHARMACIE				
	1,00		194,45	194,45
			<i>Sous-Total</i>	194,45
Total Clinique				3 194,45
PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)				
PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)	2,00		450,00	900,00
	2,00		600,00	1 200,00
			<i>Sous-Total</i>	2 100,00
CENTRE TRANSFUSION SANGUINE				
	1,00		1 557,00	1 557,00
			<i>Sous-Total</i>	1 557,00
Total Autres prestations				3 657,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX MILLE HUIT CENT CINQUANTE ET UN DIRHAMS QUARANTE-CINQ CENTIMES

Total **6 851,45**

CLINIQUE AL MADINA 2
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
Dakar - Casablanca
Tél: 0522.77.77.40 à 49 (L.G)
Fax: 0522.25.00.01

Nom patient : CHAOUKI HACHMI Adulte et Enfant Fachéologie Pédiatrique - Chimiothérapie 125
Crevette de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinopathie - Déficit Immunitaire

Produit	Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur	Quantité	Unité	Montant
AIGUILLES 25G (100)(1)	Rx Conventionnelle - Echographie	1	0,38	0,38
BETADINE 10% 125ML (001)		2	15,60	31,20
CHLORURE SODI LAP POCH 100ML (050)(1)		2	10,30	20,60
COMPRESSE STERILE 7,5*7,5 (200)(1)		4	1,88	7,52
GANT D'EXAMEN LATEX 6/7 S (100)(1)		12	0,90	10,80
INTRANULES BLEUES 22 G (100)(1)		2	4,50	9,00
PHARMAFIX 10*10 (001)		2	46,23	92,46
SERINGUE 10CC (100)(1)		1	1,05	1,05
SERINGUE 5 CC (100)(1)		2	0,82	1,64
SERINGUE 1CC 25G*16 (100)(1)		1	0,90	0,90
SERINGUE 1CC 25G*36 (100)(1)		1	0,90	0,90
TRANSFUSEUR (001)		2	9,00	18,00
Sous-Total consommable médical				194,45
Total pharmacie				194,45



نتائج التحاليل الطبية Résultats des Analyses Biologiques

معلومات تخص المريض Information concernant le malade

Nom : CHAOUI AZIZ

Prénom : ABDELLATIF

Nº du dossier : 0611092

Etablissement : CLINIQUE AL MADINA

Service :

Réf de demande :

N° de séjour :

Première détermination

Date de réception : 10/03/2020

Heure de réception : 09:15

N° du prélèvement : 8066251

Groupe sanguin :

Phénotype :

RAI :

Test de coombs :

Anti corps Irrégulier :

Deuxième détermination

Date de réception :

Heure de réception :

N° du prélèvement :

Groupe sanguin :

Phénotype :

RAI :

Test de coombs :

Anti corps Irrégulier :

RAI

Négative

Le responsable du laboratoire

مسؤول المختبر



ROYAUME DU MAROC

12/03/2020

Ministere de la Sante

Centre National de Transfusion

Sanguine

RABAT

Nom : CHAOUI AZIZ

Dossier : 0611092

Prenom : ABDELLATIF

Prelevement: 8066251

Numero de

Ref. de demande:

Etablissement CLINIQUE AL MADINA

Service

Date prelevement 10/03/2020

ANALYSES EFFECTUEES

PRIX

RESULTAT

=====

=====

=====

RAI 30.00 Dh: Négative

SIGNATURE

RESPONSABLE DU LABORATOIRE



BON d'ATTRIBUTION

NUMERO 0000000527318

Date et heure 11/03/2020 - 11:30
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 1002440756

CGR homologue Déleucocyté Syst clos (3H100)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05192828913		B +		1	21/04/2020		250

TOTAL

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

Signature responsable

MOUNIA.K





BON d'ATTRIBUTION
NUMERO 0000000527079

Date et heure 10/03/2020 - 16:18
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 1002440752

CGR homologue Déleucocyté Syst clos (3H100)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05192977679		B +		1	20/04/2020		250
0005	05193026998		B +		1	15/04/2020		250

TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H100 / - CGR homologue Déleucocyté Syst clos	2	500	509/poche	1018

Signature responsable

WAFA.H

