

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

- 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° W21-774011

AS6514

| | | | |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 07739 | | Société : RAM | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : FADIL | | Mohamed | |
| Date de naissance : 14-10-1956 | | | |
| Adresse : Habiuelle | | | |
| Tél. : 0604331303 | | Total des frais engagés : 2600 Dhs | |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019 | Cadre réservé au Médecin Dr. JAHID BENNAI | | |
| | SPECIALISTE EN HEMATOLOGIE Abdelmoumen Center Angle Bd Abdelmoumen et Arousal 20100 CASABLANCA Tél : 0522 264 670 Fax : 0522 265 933 | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 07 APR 2023 | | | |
| Nom et prénom du malade : Mohamed | | | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Lymphome Maligne Hodgkin | | | |
| 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 : 31/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

MOHAMED ALLAL BEN HADDOUCHE

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|-----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | INP : <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES  | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> </table> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">31433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | H | | G | | D | | B | | B | | D | | 25533412 | 31433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |
| H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 31433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

RAPPORT MEDICAL D'HOSPITALISATION

M le 07739



CLINIQUE LE LITTORAL

Pour récolte de cellules souches

Casablanca, le : 31/03/2023

Date entrée : 29/03/2023

Date de sortie : 31/03/2023

Identité :

M. Mohamed FADIL

DDN : 14.10.1956 Age : 66ans

Suivi pour : Lymphome du manteau

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 Bd Abdelloumen et Anoual
20360 Casablanca - Maroc

Tel : +212 (0) 522 864 666
+212 (0) 696 626 504
Fax : +212 (0) 522 865 938
Email : j.bennani@gmail.com

A été hospitalisé pour mise en place d'un cathéter inguinal afin de procéder à la récolte de cellules souches hématopoïétiques conformément à ce qui a été prévu, et ce parallèlement la stimulation par facteurs de croissance granulocytaires en sous cutané.

A nécessité son transfert en ambulance médicalisée avec réanimateur : De la clinique le littoral vers le **CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE DE CASABLANCA** Aller et Retour, **en date du : 30.03.2023**, pour récolte de cellules souches périphériques avant autogreffe.

La récolte de cellules souches s'est déroulée, **en une seule séance** en date du : **30.03.2023**.

La sortie a été autorisée après retrait du cathéter et contrôle de l'absence de saignement local.

Dr Jalil BENNANI.
Spécialiste en Hématologie
Abdeloumen et Anoual 20360 CASABLANCA
Tel : 0522 864 666
Fax : 0522 865 938



GLOBAL AMBULANCE SARL

GLOBAL
AMBULANCE

URGENCE 24H/24H - 7J/7J

FACTURE N° 10576

Casablanca, le : 30/03/2023

Nom et Prénom du Patient

Mr: FADIL MOHAMED

Mle 07739

| DESIGNATION | TOTAL |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| TRANSPORT PAR AMBULANCE | |
| MÉDICALISÉE DE LA CLINIQUE | |
| LE LITTORAL VERT CENTRE | |
| DE TRANSFUSION ALLÉ et Retour | |
| GLOBAL AMBULANCE 7, RUE SEBTA RÉS RAMI ETG 2 N°8 20000 - Casablanca TEL: 0522.22.22.53 GSM: 0668.94.01.31 | TOTAL H.T. T.V.A. 14% TOTAL T.T.C. <i>2500 DA</i> |

7, Rue Sebta Rés. Rami Etg 2 Bureau N°8 - 20000 Casablanca - Tél.: 05 22 22 22 53
R.C. 347913 - Patente : 36396870 - Identifiant Fiscal : 18761081 - ICE : 001581667000017