

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 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07739 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : FADIL Mohamed

Date de naissance : 14-10-1956

Adresse : Habi Luella

Tél. : 0604331303 Total des frais engagés : 25 000 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin Dr. JAIL BENNANI

SPECIALISTE EN HEMATOLOGIE
Abdelmoumen Center Angle Bvds
Abdelmoumen el Anoual 20100 CASABLANCA
Tél : 0522 264 676 Fax : 0522 265 930

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07 AVR 2023

Nom et prénom du malade : FADIL Mohamed Age :

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

Nature de la maladie : Lymphome

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 : 31/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
30/08/2023	1ce		6000	

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
GLOBAL AMBULANCE 7 DE SECTEUR NAMI ETG 2 20 000 - Casablanca 05 22 22 22 58	30/08/23					25000

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'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																			
	<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

RAPPORT MEDICAL D'HOSPITALISATION

CLINIQUE LE LITTORAL

Pour récolte de cellules souches

Casablanca, le : 31/03/2023

M le 07739
✓

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 Bvds Abdelmoumen 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
Abdelmoumen et Anoual 20360 CASABLANCA
Tel : 0522 864 666 Fax : 0522 865 938



GLOBAL AMBULANCE SARL

GLOBAL
AMBULANCE

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

FACTURE N° 00576

Casablanca, le : 30/03/2023

Nom et Prénom du Patient

Mr: FADIL MOHAMED m le 07739

DESIGNATION	TOTAL
TRANSPORT PAR AMBULANCE	
MEDICALISÉE DE LA CLINIQUE	
LE LITTORAL VERT CENTRE	
DE TRANSFUSION ALLÉ et Retour	
GLOBAL AMBULANCE 7, RUE SEBTA RES 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. 2500 DA

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