

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-790330

158362



Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1368 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TAZGUI L HO

Date de naissance : 30/06/1948

Adresse : N°31 Rue 9 lot Tadameone (cheram)

Tél. : 0632805014 Total des frais engagés : 2 184,28 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : TAZGUI L HO

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 25 AVR. 2023 Signature

Le : 03/06/2023

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
30/03/23	Voir la facture		1160,00	INF : 30/03/2023
03/04/23	Voir la Facture		1094,98	Bd. Sidi Abderrahmane, Angle Rue de Hay El Hara , Lasablanca - N° 0223 YASMINE

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VISLET ADHESIVE

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	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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></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																					
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession</p>		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



Casablanca, le : 30/03/2023....

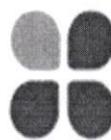
Nom et Prénom :

TAZGUI Lhou

**PATIENT SUIVI POUR CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE AVEC
ANMEIE SEVERE A 6.6**

TRANSFUSION DE 3 GG

الدكتور مهدي بنجلون
Spécialiste des maladies du coeur et des vaisseaux
Rue 2/7/21 1er étage RP Chhdia - EL Oulfa
Tél : 05 22 91 07 62 - 05 04 72 39 14
fax : 05 22 91 07 62 - 05 04 72 39 14
E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com



Casablanca Le: 30/03/2023

Facture N° 2854/23

Etablie par IMANECHOU IMANEE Page 1/1

Identification

N° Dossier: X3C302088

N° Identifiant: 23032196/23

Nom & Prénom : LHOU TAZGUI

C.I.NB311787

Date Début :

30/03/2023

Date 30/03/2023

Adresse : LOT ETTADAMOUNE RUE 9 NR 31 EL OULFA CASA

Traitement : Transfusion

Médecin : BERRADA J+FARIK J+WAHID NAWAL

Prestations

Qté | Prix U. | L.C. | Coef | Montant

PERFUSION/TRANSFUSION/INJECTI

Transfusion	1	1 160,00		1 160,00
Total Rubrique :				1 160,00

PARTIE CLINIQUE :

TOTAL FACTURE 1 160,00

Encaissement :

Espèce :	Chèque :	Solde :
		1 160,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Mille cent soixante Dirhams

Cachet et signature



Casablanca Le : 03/04/2023

Facture N° 2957/23

Etablie par SARA Page 1/1

Identification

N° Dossier : X3D032164

N° Identifiant : 23042281/23

Nom & Prénom : TAZGUI LHOU

C.I.NB311787

Date Début :

03/04/2023

Date 03/04/2023

Adresse : LOT ETTADAMOUNE RUE 9 NR 31 EL OULFA CASA

Traitemet : Transfusion

Médecin : BERRADA J+FARIK J+WAHID NAWAL

Prestations

Qté

Prix U.

L.C.

Coef

Montant

SEJOUR

Hospitalisation en soin intensif	1	500,00	1/2		500,00
Total Rubrique :					500,00

CONSOMMABLE MEDICAL

Consommable médical	1	24,28			24,28
Total Rubrique :					24,28

PARTIE CLINIQUE :

524,28

HONORAIRES MEDICAUX

Dr. BERRADA J+FARIK J+WAHID NAWAL(ANESTHESISTE REANIMATEUR)	1	500,00			500,00
Total Rubrique :					500,00

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

500,00

TOTAL FACTURE

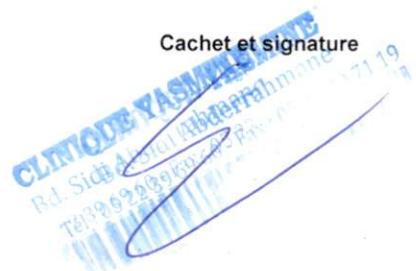
1 024,28

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Mille vingt quatre Dirhams et vingt huit Cts

Cachet et signature

CLINIQUE YASMIN
Rd. Sidi Abderrahmane
T 039 6223960/22397119



Casablanca Le : 03/04/2023

Détail Facture N° 2957/23

A. Identification

N° Dossier : X3D032164

N° Identifiant : 23042281/23

Nom & Prénom : TAZGUI LHOU

C.I.N. : B311787

Adresse : LOT ETTADAMOUNE RUE 9 NR 31 EL OULFA CASA

Traitement : Transfusion

Code	Qté	Unité	Prestations	Prix	Taux	Montant
CONSOMMABLE MEDICAL						
0S03938	1		COMPRESSES STERILES 7.5 X7.5 (200X5)	3,57		3,57
0S04785	4		GANTS MEDIUM NITRIL (100)	1,20		4,80
0S03338	1		INTRANULES BLEUES G 22 (100)	3,23		3,23
0S03339	1		INTRANULES ROSES G 20 (100)	3,23		3,23
0S03301	1		SERINGUE 10CC	1,95		1,95
0S03356	1		TRANSFUSEURS	7,50		7,50
Total Rubrique						24,28
TOTAL DETAILS PRESTATIONS						24,28
TOTAL :						24,28

CLINIQUE YASMINE
Rue Sidi Abderrahmane
Tel : 05 22 39 69 80 - Fax : 05 22 39 71 19

Date : 30/03/2023

نتائج التحاليل الطبية

Résultats des Analyses Biologiques

معلومات تخص المريض

Information concernant le malade

Nom : TAZGUI

Prénom : LHOU

Nº du dossier : 0944958

Première détermination		Deuxième détermination	
Date de réception	: 30/03/2023	Date de réception	:
Heure de réception	: 16:16	Heure de réception	:
N° du prélèvement	: 6625539	N° du prélèvement	:
Etablissement	: 05PRI00167 CLINIQUE YASMINE	Etablissement	:
Service	:	Service	:
Réf de demande	:	Réf de demande	:
N° de séjour	:	N° de séjour	:
Groupe sanguin	O Positif	Groupe sanguin	:
Phénotype	: C+c+D+E-e+	Phénotype	:
	:		:
	: K-		:
	:		:
RAI	:	RAI	:
<i>Test de coombs</i>	:	Test de coombs	:
Anti corps Irrégulier	:	Anti corps Irrégulier	:

Le responsable du laboratoire

مسؤول المختبر



BON d'ATTRIBUTION

NUMERO 0000001024827

Date et heure 31/03/2023 - 17:39
Etablissement CLINIQUE YASMINE (05PRI00167)
 BD SIDI ABDERRAHMANE
 CASA
 20000

Malade no 0944958
Nom et prenom TAZGUI LHOU
Sexe / ne(e) le
Groupe sanguin O Positif

Service
Ref. commande 1012019665

CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

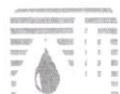
Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05195563594		O +		1	11/05/2023		250

TOTAL

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

Signature responsable

MOHAMED.R



DOCUMENT A RETOURNER COMPLETE AU C.T.S. DANS LES 24 HEURES APRES LA DISTRIBUTION

NUMERO 0000001024827

Date et heure: 31/03/2023 - 17:39

UTILISATION EFFECTIVE DANS LE SERVICE: Pharmacie (00400)

Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	CGR DON HOMOLOGUE	 05195563594	

CONFIRMATION DE L'IDENTITE DU RECEVEUR (nom, prénom):

