

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.



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 LHO

Date de naissance : 30/06/1948

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

Tél. : 0632805014 Total des frais engagés : 2184,28 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : TAZGUI LHO

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 Le : 03/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Ho
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Yazma

30252

Bd. Sidi Abderrahmane, Angie rue de Sijilmasa
Hay El Hana, Casablanca - Maroc
Tel: 0522 89 71 19
YASSINE
derrahmane 32 39 71 19

Montant de la Facture

Montant de la Facture

.....

re		Montant détaillé des Honoraires
IM	IV	

	

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

N

N

Dr. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

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

Nom et Prénom :

TAZGUI Lhou

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

TRANSFUSION DE 3 GG

Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue Zineb 1er Etage BP Chahdia - EL Oulfa
Tél : 05 22 91 07 62 - 05 04 72 39 14
MME : 01 77 06 70



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



090004029

Casablanca Le : 30/03/2023

Facture N° 2854/23

Etablie par IMANEICHOU 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 Fin : 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

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
Transfusion	1	1 160,00			1 160,00

Total Rubrique : 1 160,00

PARTIE CLINIQUE :

1 160,00

Encaissement :

TOTAL FACTURE 1 160,00

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 LHOUI

C.I.NB311787

Date Début :

03/04/2023

Date Fin : 03/04/2023

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
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 YASMINE
Rd. Sidi Abderrahmane
Tél: 341051
Tél: 341051

Casablanca Le : 03/04/2023

Détail Facture N° 2957/23**A. Identification**

N° Dossier : X3D032164

N° Identifiant : 23042281/23

Nom & Prénom : TAZGUI LHOUI

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						
OS03938	1		COMPRESSES STERILES 7.5 X7.5 (200X5)	3,57		3,57
OS04785	4		GANTS MEDIUM NITRIL (100)	1,20		4,80
OS03338	1		INTRANULES BLEUES G 22 (100)	3,23		3,23
OS03339	1		INTRANULES ROSES G 20 (100)	3,23		3,23
OS03301	1		SERINGUE 10CC	1,95		1,95
OS03356	1		TRANSFUSEURS	7,50		7,50
				Total Rubrique		24,28
TOTAL DETAILS PRESTATIONS						24,28
				TOTAL :		24,28

CLINIQUE YASMINE
R. Sidi Abderrahmane
Tel: 05 22 39 66 60 - Fax: 05 22 39 71 19

Date : 30/03/2023

نتائج التحليلات الطبية Résultats des Analyses Biologiques

معلومات تخص المريض Information concernant le malade

Nom : TAZGUI
Prénom : LHOU
N° 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
: Test de coombs	: 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):