

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04441

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : DIABE RIBISS

Date de naissance : 01.01.1964

Adresse : Dar salama Rue J. Tissi. 3 N° 7 A.S. Cadez

Tél. : 06 22 20 45 45 Total des frais engagés : 1620,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Naoufal MAMOU
Oncologue et Radiothérapeute
Centre International
d'Oncologie de Casablanca
Casablanca
Route de l'Oasis, Rue des Alouettes
Tél : 0522 778 181

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/10/2018

Nom et prénom du malade : DIABE RIBISS Age : 78

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Néoplasie de pancréas

En cas d'accident préciser les causés et circonstances :

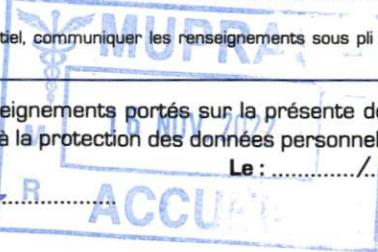
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Cadez

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



ZT

R ACCUEIL

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
31/10/22	CS		G	Dr. Nadjib El Hachemi M.D., Radiologist Centre Hospitalier d'Oncologie des Casolines, Casablanca
31/10/22	V.F.W			Route de l'Oasis, Rue des Alouettes 181
01/11/22	S.30.h.22/22		1682,00	National d'Oncologie de Casablanca Casolines, Casablanca Rue des Alouettes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		* Tél : 05 24 14

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

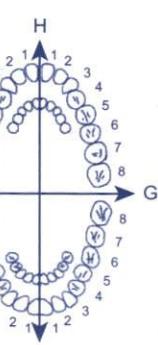
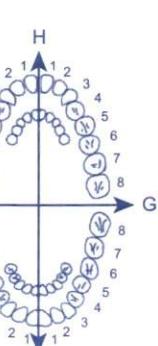
AUXILIAIRES MEDICAUX

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													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table 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 style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS													
			DATE DU DEVIS													
			DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 01-11-2022

page 1/1

Facture N° 30428/22

A. Identification

N° Dossier : COC22J31110523

N° Identifiant : 030776/22

Nom & Prénom : M. DIABE DRISS

C.I.N : B387387

Adresse : CASA

C. Débiteur

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 31-10-2022

Date Sortie : 01-11-2022

Traitements : TRANSFUSION SANGUINE

Médecin traitant : DR . MAMOU NAOUFAL

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
HOSPITALISATION						
1	HOSPITALISATION CHAMBRE DOUBLE		400,00			400,00
PHARMACIE INTERNE						
1	FORFAIT CONSOMMABLE		200,00			200,00
PRESTATIONS						
1	TRANSFUSION		300,00			300,00
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. MAMOU NAOUFAL (ONCOLOGIE MEDICALE)	GRATUIT	0,00			0,00
CTS						
2	CENTRE DE TRANSFUSION		360,00			720,00
PARTIE HONORAIRE ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
MILLE SIX CENT VINGT DIRHAMS						
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :						
TOTAL GENERAL 1 620,00						

signature de l'assuré



Casablanca, le.....

Casablanca, le 01/11/2022

COMPTE RENDU

Mr. DIABE Driss est suivi pour une néoplasie du poumon qui présente une anémie 8.80 g/dL le patient nécessite une transfusion de 2 culots globulaires.

Dr. Naoufal MAMOU
Centre International d'Oncologie Casablanca
Oncologue - Radiothérapeute
Route de l'Oasis Rue des Alouettes Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81

Casablanca, le 31/12/22

Mr. DIABE Driss

& Transfusion 2 CG.

Dr. Naoufal MAMOU
Oncologue et Radiothérapeute
Centre International
d'Oncologie de Casablanca
Route de l'Oasis, Rue des Alouettes - Casablanca
Tél : 0522 778 181

Ministère de la Santé
Centre Régional de Transfusion
Sanguine
CASABLANCA



وزارة الصحة
المركز الجهوي لتحاقن الدم
دار البيضاء
+ ٢١٢ ٥٣٦ ٧٤٩٨

BON d'ATTRIBUTION

NUMERO 0000000936925

Date et heure 31/10/2022 - 14:24
Etablissement CENTRE INTERNATIONAL D ONCOLOGI
(05PRI00209)
20000

Malade no 0889468
Nom et prenom DIABE DRISS
Sexe / ne(e) le M
Groupe sanguin O Positif

Service
Ref. commande 1012039780

CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05195619367		O +		1	10/12/2022		250
0005	05195619930		O +		1	10/12/2022		250

TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	2	500	360/poche	720

Signature responsable




Date : 31/10/2022

نتائج التحاليل الطبية

Résultats des Analyses Biologiques

معلومات تخص المريض

Information concernant le malade

Nom : DIABE

Prénom : DRISS

Nº du dossier : 0889468

Première détermination		Deuxième détermination	
Date de réception	: 31/10/2022	Date de réception	:
Heure de réception	: 11:21	Heure de réception	:
N° du prélèvement	: 5966397	N° du prélèvement	:
Etablissement	: 05PRI00209 CENTRE INTERNATIONAL D ONCOLOGI	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



CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA**BULLETIN D'ENTREE / SORTIE****N° DE DOSSIER** COC22J31110523**NOM DU PATIENT** M. DIABE DRISS**MÉDECIN TRAITANT** MAMOU NAOUFAL**PRISE EN CHARGE** PAYANT MUPRAS**DATE D'ENTREE** 31/10/2022**DATE DE SORTIE** 01/11/2022**MODE DE SORTIE** normal