

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

- 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 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° M21- 062668

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

137551

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0444 Société :

☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DIABE DRISS

Date de naissance : 01.01.1944

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

CADRE

Tél. : 0611200445 Total des frais engagés : 1620,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/10/2022

Nom et prénom du malade : DIABE DRISS Age : 78

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

Nature de la maladie : Myélogranie de poitrine

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 : CADRE Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : ACCU

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
31/10/22	CS		G	
31/10/22	V.F. No			
01/11/22	30.11.22		1622,00	

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

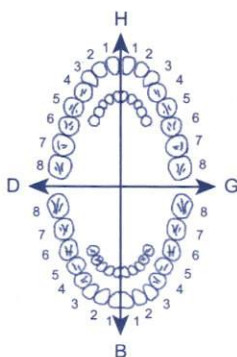
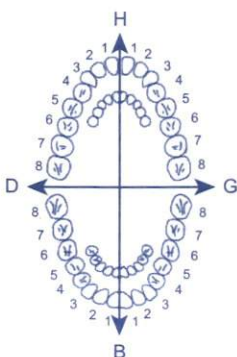
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 01-11-2022

Facture N° 30428/22

A. Identification

N° Dossier : COC22J31110523

N° Identifiant : 030776/22

Nom & Prénom : M. DIABE DRISS

C.I.N : B387387

Adresse : CASA

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

C. Débiteur

page 1/1

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

Médecin traitant : DR . MAMOU NAOUFAL

Traitement : TRANSFUSION SANGUINE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
HOSPITALISATION						
1	HOSPITALISATION CHAMBRE DOUBLE		400,00			400,00
						Total Rubrique : 400,00
PHARMACIE INTERNE						
1	FORFAIT CONSOMMABLE		200,00			200,00
						Total Rubrique : 200,00
PRESTATIONS						
1	TRANSFUSION		300,00			300,00
						Total Rubrique : 300,00
PARTIE CLINIQUE :						900,00
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. MAMOU NAOUFAL (ONCOLOGIE MEDICALE)	GRATUIT	0,00			0,00
						Total Rubrique : 0,00
CTS						
2	CENTRE DE TRANSFUSION		360,00			720,00
						Total Rubrique : 720,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						720,00
						720,00
TOTAL GENERAL						1 620,00

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 :

signature de l'assuré





AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Naoufal MAMOU
Oncologue - Radiothérapeute
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

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

Mr. DIABE Driss

Transfusion 2 CA.


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

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



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

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