

# 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

- 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.

M23-003831

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2598 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Hajji Baba Rouad

Date de naissance : 16/07/1951

Adresse : 20, Rue Velney, Fraucerville 2

Tél. : 06 66 73 11 98

Total des frais engagés : 4364,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur Hassan TALIBI**  
Médecin Anesthésiste Réanimateur  
Traitement de la Douleur  
Hypnose Médicale  
Centre International d'Oncologie Casablanca  
05 22 78 81 81 Fax : 05 22 99 65 74

Date de consultation : 03/06/2023

Nom et prénom du malade : BERRADA BADAOUI NOZHA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Tumore pulmonaire

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

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 : Maroc

Le : 26/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)



## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Relativité des Actes
03/06/23	CS		6000	CHU Hassan II de Casablanca
03/06/23	↑ + F. 10 <sup>2</sup>		4361	Centre National d'Oncologie de Casablanca
04/06/23	13/05/23		1000	Centre National d'Oncologie de Casablanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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 canalaires, 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

A diagram of a dental arch, likely upper, showing the arrangement of teeth. The teeth are numbered 1 through 8 on both the left and right sides. The diagram includes directional markers: 'D' on the left, 'H' at the top, 'B' at the bottom, and 'G' on the right. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on the left and the second molar on the right.

**[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Mme BER RADA Badaoui  
Nourzhan

Transfusion S.C.P  
et Compaq.

Docteur TAIBA TALIBI  
Médecin Anesthésiste Réanimateur  
Tracteur de la Douleur  
Centre International d'Oncologie Casablanca  
Tel : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 72

# CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063958

CASABLANCA Le : 04-06-2023

## Facture N° 17195/23

### A. Identification

N° Dossier : COC23F03105220

N° Identifiant : 039716

**Nom & Prénom** Mme BERRADA BADAOUI  
: NOUZHA

C.I.N : b407805

Adresse : casa

### 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 : 03-06-2023

Date Sortie : 04-06-2023

### B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . TALIBI HASSAN

Traitements : TRANSFUSION DU PLAQUET

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>HOSPITALISATION</b>						
1	HOSPITALISATION CHAMBRE DOUBLE		600,00			600,00
Total Rubrique :						
						600,00
<b>PHARMACIE INTERNE</b>						
1	FORFAIT CONSOMMABLE		300,00			300,00
Total Rubrique :						
						300,00
<b>PRESTATIONS</b>						
1	TRANSFUSION		300,00			300,00
Total Rubrique :						
						300,00
<b>HONORAIRES ANESTHESISTES</b>						
1	DR. TALIBI HASSAN (ANESTHESIE-REANIMATION)		400,00			400,00
Total Rubrique :						
						400,00
<b>CTS</b>						
9	CENTRE DE TRANSFUSION		298,00			2 682,00
1	GROUPE SANGUIN		82,00			82,00
Total Rubrique :						
						2 764,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
<b>TOTAL GENERAL</b>						
						4 364,00

QUATRE MILLE TROIS CENT SOIXANTE-QUATRE DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré



Casablanca le 04/06/2023

**Compte Rendu d'hospitalisation****-Nom et prénom :** Mme BERRADA BADAOUI NOUZHA**-Médecin intervenant :** Dr AARAB/ Dr TALIBI**-Age :** 70 ans

Madame BERRADA BADAOUI NOUZHA âgée de 70 ans, suivie par le docteur NAOUFAL MAMOU pour une tumeur pulmonaire en cours de traitement par radio chimiothérapie, admise pour transfusion de 09 unités plaquettaires.

La transfusion s'est déroulée sans incident permettant la sortie de la patiente.

Docteur Hassan TALIBI  
Médecin Anesthésiste Réanimateur  
Traitement de la Douleur  
Hypnose Médicale  
Centre International d'Oncologie - Casablanca  
Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

**BON d'ATTRIBUTION**  
NUMERO 0000001063338

**Date et heure** 03/06/2023 - 14:40  
**Etablissement** CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE  
(05PRI00209)  
20000

**Malade no** 0967084  
**Nom et prenom** BERRADA BADOUI NOUZHA  
**Sexe / ne(e) le**  
**Groupe sanguin** B Positif

**Service**  
**Ref. commande** 1012016749

**Culot plaquettaire standard homologue (5H000)**

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05236065779		B +		1	07/06/2023		50
0005	05195883117		B +		1	07/06/2023		50
0005	05236150324		B +		1	07/06/2023		50
0005	05236139985		B +		1	07/06/2023		50
0005	05236150543		B +		1	07/06/2023		50
0005	05195379869		B +		1	07/06/2023		50

**TOTAL**

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
5H000 / - Culot plaquettaire standard homologue	6	300	298/poche	1788

**Signature responsable**

MOUNIA.K



**BON d'ATTRIBUTION**  
NUMERO 0000001063708

**Date et heure** 04/06/2023 - 17:30  
**Etablissement** CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE  
(05PRI00209)  
**Montant** 20000

**Malade no** 0967084  
**Nom et prenom** BERRADA BADOUI NOUZHA  
**Sexe / ne(e) le**  
**Groupe sanguin** B Positif

**Service**  
**Ref. commande** 1012063323

**Culot plaquettaire standard homologue (5H000)**

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05236151669		B +		1	08/06/2023		50
0005	05236151706		B +		1	08/06/2023		50
0005	05236151693		B +		1	08/06/2023		50

**TOTAL**

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
5H000 / - Culot plaquettaire standard homologue	3	150	298/poche	894

**Signature responsable**

FATIMA.L



**CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA****BULLETIN D'ENTREE / SORTIE****N° DE DOSSIER** COC23F03105220**NOM DU PATIENT** Mme BERRADA BADAOUI NOUZHA**MÉDECIN TRAITANT** TALIBI HASSAN**PRISE EN CHARGE** PAYANT MUPRAS**DATE D'ENTREE** 03/06/2023**DATE DE SORTIE** 04/06/2023**MODE DE SORTIE** normal