

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

M23-003831

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2598 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Hgff Baba Fouad  
 Date de naissance : 01/07/1957  
 Adresse : 28, Rue Volney, Franceville 2  
 Tél. : 966731198 Total des frais engagés : 4364,- Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/06/2023  
 Nom et prénom du malade : BERRADA BADAOUT NOUZA Age: 66  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Tumeur 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 : Casablanca Le : 26/06/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 03/06/23        | CS                |                       | 436                             |  |
| 03/06/23        | 4. F. R.          |                       |                                 |  |
| 04/06/23        | 17. 15/15         |                       |                                 |  |

# 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<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                              | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  |  | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                              | H  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                              | 25533412   | 21433552         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                              | 00000000   | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                              | D  | G                |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                              | 00000000   | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                              | 35533411   | 11433553         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                              | B  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                              | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |  | 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



AKDITAL

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

Casablanca, le 03/06/23

Mme BER RADA Badaoui  
Nourha

e Transfusion S C P

e Groupage

Docteur Hassan TALBI  
Médecin Anesthésiste Réanimateur  
Troncement de la Douleur  
Hypnose Médicale  
Centre International d'Oncologie Casablanca  
Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 89 95 74

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca

Tél. : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : info@ciocasablanca.ma

Site web : www.ciocasablanca.ma



## CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

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

**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 : 03-06-2023

Date Sortie : 04-06-2023

Médecin traitant : DR. TALIBI HASSAN

Traitement : 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>PARTIE CLINIQUE :</b>                     |  |             |         |      |      | <b>1 200,00</b> |
| <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> |  |             |         |      |      | <b>3 164,00</b> |
| <b>TOTAL GENERAL</b>                         |  |             |         |      |      | <b>4 364,00</b> |

Arrêté la présente facture à la somme de :

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 BADAOU NOUZHA

**-Médecin intervenant :** Dr AARAB/ Dr TALIBI

**-Age :** 70 ans

Madame BERRADA BADAOU 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 0000001063708

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