

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.

Déclaration de Maladie
M23-014537 *M1 Nefre takadi*

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1771</u>		Société : <u>R A M</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>784093</u>
Nom & Prénom : <u>EL MOUTARAJI AHMED</u>			
Date de naissance : <u>01-01-1949</u>			
Adresse : <u>2^e Plage derour Bloc A N° 24 el erroua</u>			
Tél. : <u>0666034361</u>		Total des frais engagés : <u>3100 Dhs</u>	

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2018

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/31/2014

Nom et prénom du malade : el Hocine El Ahd Afel Age : 61

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Fibrose 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 : DR Moutaraji Le : 80/01/2014

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

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
15/01/2024			30000	<i>[Handwritten signatures and stamp]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
15/01/2024	2024-01-15	CLINIQUE DES PRINCES	Montant des Honoraires 14, Rue Lyautey Casablanca Tél: 0522 275 250 / 0522 276 132 Fax: 0522 276 132 - CH. H

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		A M P C I M I V	
DISTAMED SANTE SERVICE COMMERCIAL CAS BLANC	25-01-24		200000 dhs

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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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



CLINIQUE DES PRINCES

Docteur : Casablanca, le : 15/07/2014

H^r Abdet el Rechtewy

OLD Appel l'oxg
6L min

~~DISTAMBDS SANTÉ
2^e SERVICE COMMERCIAL N° 2
28 RUE DU LANGUEDOC
CASABLANCA - 20100 - TÉL. 0522 28 37 37~~

Deve è 8R [24h]

Deve è 1 L min

Dr. TAJRI Med
Anesthésie - Réanimation
CLINIQUE DES PRINCES
14 Rue Omar Slaoui Casablanca Tel. 0522 275 29
INPE 091132837 ZN

14, Rue Omar Slaoui - Casablanca

Tél.: 0522 27 52 50 / 0600 04 40 58 - Fax: 0522 27 61 32

E-mail : cliniquelesprinces@gmail.com



CLINIQUE DES PRINCES

REÇU

Je soussigné Docteur avoir

reçu de la CLINIQUE DES PRINCES

la somme de

*1000,00 Dhs
(mille cent Dhs)*

en règlement de mes horaires relatifs aux soins donnés à Mr Mme :

Abdel el Hedi Benayej

Mode de Paiement

*G 1322
dernier 800*

Casablanca, le : *17/07/2014*

Docteur :

*CLINIQUE DES PRINCES
14, Rue Omar Slaoui, Casablanca
Tél: 0522 275 250 / 0600 044 058
Fax: 0522 276 32 - CH. H*

*CLINIQUE DES PRINCES
(cachet et signature)
14, Rue Omar Slaoui, Casablanca
Tél: 0522 275 250 / 0600 044 058
Fax: 0522 276 32 - CH. H*

14, Rue Omar Slaoui - Casablanca

Tél.: 0522 27 52 50 / 0600 04 40 58 - Fax: 0522 27 61 32

E-mail : cliniquelesprinces@gmail.com



CLINIQUE DES PRINCES

Docteur : Casablanca, le : 15/07/2014

M. Ahmed el Mekhene

Jouneidi

Dr. TAJRI Med
Anesthésie - Réanimation
CLINIQUE DES PRINCES
14 Rue Omar Slaoui Casa - Tel: 0522 275 28
INPE 091132837 ZN

14, Rue Omar Slaoui - Casablanca

Tél.: 0522 27 52 50 / 0600 04 40 58 - Fax: 0522 27 61 32

E-mail : cliniquelesprinces@gmail.com



DISTAMED SANTE

28, Rue Languedoc Quartier des Hôpitaux,
CASABLANCA
Maroc

Facture Pro-Forma N° 20242025

Casablanca le: 24/01/2024 14:28:21

Fin de validité: 25/02/2024

Nom du contact:

Nom du compte: MR EL MOUTARAJI AHMED
ICE:

Ref	Détails de Produit	Tarif	QU	Rem	Total
L-10L	LOCATION CONCENTRATEUR D'OXYGENE 10L OXYLIFE (1 MOIS)	1000.00	2.00	0.00	2000.00
60012-A	LUNETTE A OX2 PVC+TUYAU 2M ADULTE	0.00	2.00	0.00	0.00

Conditions Générales

Observations Divers:

DU 25/01/2024 AU 25/03/2024

Frais de transport inclus dans le prix

Total avant remise	2 000,00 DH
Total Remise	333,33 DH
TVA	333,33 DH
Total TTC	2 000,00 DH

Arrêter le présent document à la somme de: Deux Mille
Dirham

~~DISTAMED SANTE
SERVICE COMMERCIAL
CASABLANCA
28 RUE DU LANGUEDOC
CASABLANCA 10300 + 212 25 25 37 37~~

MR EL MOUTARAJI AHMED

ICE: .

Facture FAC/2024/01/0093

Date de la facture :
24/01/2024

Date d'échéance :
24/01/2024

Origine :
20242041

Description	Quantité	Prix unitaire	Taxes	Montant
LOCATION CONCENTRATEUR D'OXYGENE 10L OXYLIFE (1 MOIS)	2,00 Unité(s)	1 000,00 VENTES	TVA 20%	1 666,67 DH
LUNETTE A OX2 PVC+TUYAU 2M ADULTE	2,00 Unité(s)	0,00 VENTES	TVA 20%	0,00 DH
Sous-total				1 666,67 DH
TVA 20%				333,33 DH
Total				2 000,00 DH

Merci d'utiliser la communication suivante pour votre paiement: **FAC/2024/01/0093**

DU 25/01/2024 AU 25/03/2024

Frais de transport inclus dans le prix

Arrêter la facture à la somme de: Deux Mille Dirham

DISTAMED SANTE
~~DI SERVICE COMMERCIAL Z~~
~~CASABLANCA~~
~~28, RUE DU LANGUEDOC~~
~~CASABLANCA 20360 +212 525 25 37 37~~

CONTRAT –LOCATION D'EQUIPEMENT MEDICAL: 1117

ENTRE

La société DISTAMED SANTÉ, représenté par M. Younes Jdya en sa qualité de Responsable du département Prestation de soins à domicile et location des équipements médicaux.

TELEPHONE : 0660864375

COURRIEL : Younes.jdya@distamed.ma

ET

Monsieur/Madame: MR EL MOUTARAJI AHMED

CIN :

Adresse complète :

Ville : CASABLANCA

TELEPHONE : 0666031361

Contact d'urgence ou mandataire : CIN :

LOCATION

1 . Distamed SARL Loue à MR / MME : MR EL MOUTARAJI AHMED

L'équipement suivant : CONCENTRATEUR D'OXYGENE 10L OXY LIFE

REF :

JAY-10 : CONCENTRATEUR D'OXYGENE 10L OXY LIFE

SN : *M2JN0S NO 205 83*

Pour information, la valeur du matériel à la vente est de : *130000 DH*

DUREE – COUT - Autres

2 . LA LOCATIONS DEBUTE LE 25/01/2024 ET SE TERMINERA le : 25/03/2024

La présente location est renouvelable par tacite reconduction avec une périodicité de 30 jours (1 mois).

Le Coût total de la location (par 30 jours ou 1mois) est de : 2000 DH payable au début de chaque période au plus tard le 5ème jour de la période suivante.

La première échéance est payable à vue.

Observations générales :

À la terminaison ou la résiliation du présent contrat, le **LOCATAIRE** retournera l'équipement au **PROPRIÉTAIRE** en bonnes conditions et en état de fonctionnement correct.

SINGANTURE LOCATAIRE (ou son Mandataire)

DISTAMED SANTÉ (Cachet + signature)

*DISTAMED SANTE
Z SERVICE COMMERCIAL Z
28 RUE DU LANGUEDOC
CASABLANCA 20360 +212 25 25 37 37*

Test sanguin époq BGEM

ID du patient: Ahmed el moutaraj
i

Date et heure: 15/01/24 16:15:11

Réultats: Gaz+

pH	7,408		
pCO2	31,5	mmHg	Basse
pO2	53,6	mmHg	Basse
chCO3-	19,9	mmol/L	Basse
BE(ecf)	-4,8	mmol/L	Basse
cSO2	88,2	%	Basse

Réultats: Chimies+

Na+	143	mmol/L	
K+	4,6	mmol/L	élevé
Ca++	1,24	mmol/L	
Cl-	111	mmol/L	élevé
cTCO2	20,9	mmol/L	Basse
AGap	12	mmol/L	
Hct	46	%	
cHgb	15,8	g/dL	
BE(b)	-3,6	mmol/L	Basse

Réultats: M閎a+

Glu	145	mg/dL	élevé
Lac	1,33	mmol/L	élevé
BUN	18	mg/dL	
Urea	6,3	mmol/L	
Crea	1,03	mg/dL	
BUN/Crea	17,1	mg/mg	
Urea/Crea	69,2	mmol/mmol	

Plages de référence

pCO2	35,0 - 48,0	mmHg
pO2	83,0 - 108,0	mmHg
chCO3-	21,0 - 28,0	mmol/L
BE(ecf)	-2,0 - 3,0	mmol/L
cSO2	94,0 - 98,0	%
K+	3,5 - 4,5	mmol/L
Cl-	98 - 107	mmol/L
cTCO2	22,0 - 29,0	mmol/L
BE(b)	-2,0 - 3,0	mmol/L
Glu	74 - 100	mg/dL
Lac	0,36 - 0,75	mmol/L

Type d'échantillon: Artériel

Hémodilution: Non

Commentaires:

Opérateur: 0000

Lot de cartes: 04-23290-50

Dernier CQE: 15/01/24 16:11:56

Reader: 39264 (2.2.14.2)

Host: 17335521401936 (3.39.2)

Config. capteurs: 43.0

Version eVAD: N/D
