

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0024874

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique 197636 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06183 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BAYDOURI KAMAL
 Date de naissance : 18/07/1961
 Adresse : Quartier des Hôpitaux Angle S&S et Provence Im. 29 Ap. 11 Casablanca
 Tél : 06 61339012 Total des frais engagés : 2342 Dh Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/07/2019
 Nom et prénom du malade : Blimi SAMIR Age : 1980
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Insuffisance rénale - Arterio (hypertension)
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : 1004
 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 : Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

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.

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

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
25/02/2024				

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	
AL HAYATI	25/02/2024					912,44 €
	20/02-2024					720,00
	24-02-2024					720,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>			

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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 DE MALADIES RENALES DIALYSE AL HAYAT OASIS

CASABLANCA

25/02/2024

Samira Dlemi



Professeur Zaid Driss
Néphrologie
Dialyse

Epotane 2006

Augmenter sous curat 2 fois
par semaine

Professeur Zaid Driss
Néphrologie
Centre de Maladies Rénales Dialyse
Al Hayat Oasis
29 Rue Edmond Rostand Oasis - Casablanca
Tél : 05 22 77 99 50 - INPE : 091149005





• CENTRE DE MALADIES RENALES DIALYSE
AL HAYAT OASIS

CASABLANCA

M. S. S. S.



N° 0101 Samira

Professeur Zaid Driss
Néphrologie
Dialyse

02 Culots
globulaires



Professeur ZAID Driss
Néphrologie
Centre de Maladies Rénales Dialyse
Al Hayat Oasis
19, Rue Edmond Rostand Oasis Casca
05 22 77 99 50 - INPE : 091149005





CENTRE DE MALADIES RENALES DIALYSE AL HAYAT OASIS

CASABLANCA

24.02.2024



N° - 2401 SAMIHA.

Professeur Zaid Driss
Néphrologie
Dialyse

1) Sérumshot Bouye



2) Transfusion d'01 CC
en 03h



3) Inexim bouye



Professeur ZAID Driss
Néphrologie
Centre de Maladies Rénales Dialyse
Al Hayat Oasis
Rue Edmond Rostand Oasis Casa
37 99 50 - INPE : 091149005



ALHAYAT OASIS CLINIC

Clinique Multidisciplinaire
29 Rue Rostand, Quartier Oasis-Casablanca
TEL: 0522.999.444 / FAX : 0522.254.613 OU 254.504

F A C T U R E

N° 355 / 2024 du 25/02/2024

Nom patient : DLIMI SAMIHA

Entrée 25/02/2024

Prise en charge PAYANTS

Sortie 25/02/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS				
CHAMBRE	1,00	CHAMBRE	600,00	600,00
AMI	1,00	AMI	150,00	150,00
			Sous-Total	750,00
PHARMACIE				
PHARMACIE				162,44
			Sous-Total	162,44
PRESTATIONS EXTERNES				
PR. ZAID DRISS (nephrologue)	1,00	GRATUIT		0,00
			Sous-Total	0,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

NEUF CENT DOUZE DIRHAMS QUARANTE-QUATRE CENTIMES

Total 912,44

Immatriculation

N° prise en charge :

مصحة الحياه الواريس
AL HAYAT OASIS CLINIC
29 Rue Rostand, Quartier Oasis
Casablanca Tél: 0522.999.444

AL HAYAT OASIS CLINIC
REGU EN ESPECES
Montant: 912,44
Le: 25/02/2024

Notre compte bancaire.....

Pte N°34754061 - Compte N°013780010950019290017148 BMCI HASSAN 2
CNSS 4323739 I.F 15223795 Tél: 0522 999 444 Fax: 0522 254 613 ICE001598208000095

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : DLIMI SAMIHA	N° Facture : 355	4B251126
----------------------------	------------------	----------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
FURILAN INJ (05)(1)	2	2,44	4,88
METHYLPRIDNISOLO 120 MG INJ (20)(1)	1	35,00	35,00
OMEPRAZOLE SP 40 MG INJ (01)	1	54,80	54,80
Sous-Total médicaments			94,68
GANT JETTABLE M (100)(1)	6	0,60	3,60
INTRANUL (BLEU) 22 (001)	1	3,25	3,25
INTRANUL (ROSE) 20 (001)	1	2,21	2,21
KIT VVP ETAGE (001)	1	43,70	43,70
LANCETTE (100)(1)	1	2,00	2,00
SERINGUE 10 CC (001)	2	2,00	4,00
TRANSFUSEUR (001)	1	9,00	9,00
Sous-Total consommable médical			67,76
	Total pharmacie		162,44

AL HAYAT OASIS CLINIC
N° INPI 0906078
25 Rue Hussein Bourlie D le
Casablanca Tel : +212 332 998 444



CENTRE DE MALADIES RENALES DIALYSE AL HAYAT OASIS

CASABLANCA

25-02-2024



Professeur Zaid Driss
Néphrologie
Dialyse

Compte Rendu d'Hospitalisation

M^{me}. Slimi Samiha, née en 1980
a été admise en Urgence le 25.02.2024
pour une hématurie aiguë sévère à 069.814 L/Hs,
par moelles compliquant un lupus
actif avec Insuffisance rénale sévère
Elle a bénéficié d'une transfusion
sanguine de 02 Culots globulaires
phénotypés, transfusion étalée et elle est
déclarée saine le 25.02.2024 et
fin de prise.

Professeur **ZAID Driss**
Néphrologue
Centre de Maladies Rénales Dialyse
Al Hayat Oasis
Rue Edmond Rostand Oasis Casa
77 7 99 50 - INPE : 091149005



BON d'ATTRIBUTION
NUMERO 0000001227588

Date et heure 24/02/2024 - 14:42
Etablissement Centre Hémodialyse AL HAYAT OASIS
(0005PRI172)
20000

Malade no 1071005
Nom et prenom DLIMI SAMIHA
Sexe / ne(e) le
Groupe sanguin A Positif

Service
Ref. commande 1012062677

CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vo
0005	05236844035		A +		1	05/04/2024		2
0005	05236843788		A +		1	05/04/2024		2

TOTAL

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

Signature responsable



Prix Total

720

DOCUMENT A RETOURNER COMPLETE AU C.T.S. DANS LES 24 HEURES APRES LA DISTRIBUTION

NUMERO 0000001227588

Date et heure: 24/02/2024 - 14:42

UTILISATION EFFECTIVE DANS LE SERVICE: Pharmacie (00400)

Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	CGR DON HOMOLOGUE	 05236844035	

Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
	CGR DON HOMOLOGUE	 05236843788	

CONFIRMATION DE L'IDENTITE DU RECEVEUR (nom, prénom):



IV/SC

EPOTIN[®]

Erythropoïétine Recombinante Humaine

Solution injectable



Lot N°: 0135

D. Fab: 09 2022

D. Per: 08 2024

NOVOPHARMA

PPV : 1486.00 DH

**10 Flacons
de 1 ml**

EPOTIN[®] 2000 UI

Injection IV/SC

10 Flacons



2000 UI

C402104E