

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1112

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : CHAOUI AZIZ ABDELLAH

Date de naissance : 25.04.1949

Adresse : lot BAALABAK N° 48. Ain Sidi B

CASA

Tél. : 06 62 889 855

N°D:
11754

Optique

Autres

Société : RAM

Autre :

CHAOUI AZIZ ABDELLAH

25.04.1949

lot BAALABAK N° 48. Ain Sidi B

CASA

06 62 889 855

Total des frais engagés : 4315,47 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Saâdia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologue - Oncologue
CLINIQUE AL MADINA
Rue Allal Ben Abdellah - Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 00
Fax : 05 22 54 20 00

Date de consultation : 25/10/2019

Nom et prénom du malade : Slimane

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : Splenomegaly

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 : Centre Allal Ben Abdellah Le : 25/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : M. M

Déclaration de Maladie

N° P19- 0028547

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

BELEVE 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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie
Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinopathie - Déficit Immunitaire
Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur
Rx Conventionnelle - Echographie

F A C T U R E

N°: 7654 B / 2019 du 28/10/2019

TRANSFUSION

Nom patient CHAOUI AZIZ ABDELLATIF
PAYANT

Entrée 25/10/2019
Sortie 26/10/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR				
TRANSFUSION K10	2,00	FC	500,00	1 000,00
	2,00		300,00	600,00
				1 600,00
PHARMACIE	1,00		138,47	138,47
				138,47
Total Clinique				1 738,47
PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)	2,00	K	450,00	900,00
				900,00
CENTRE TRANSFUSION SANGUINE	1,00	SANG	1 677,00	1 677,00
				1 677,00
Total Autres prestations				2 577,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE MILLE TROIS CENT QUINZE DIRHAMS QUARANTE-SEPT CENTIMES

Total 4 315,47

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
Tél: 0522.77.40.49 (L.G.)
Fax: 0522.25.00.01
Quartier: Palmeraie Casablanca
TOBIE RUE MANSARD - RUE MANSARD

Nom patient : CHA

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie
Crevette de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinopathie - Déficit ImmunitaireProduits Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur
Rx Conventionnelle - Echographie

	Quantité	Prix Unitaire	Montant
AIGUILLES 25G (100)(1)	2	0,42	0,84
BETADINE 10% 125ML (001)	1	15,60	15,60
CHLORURE SODI LAP POCH 100ML (050)(1)	2	10,30	20,60
COMPRESSE STERILE 7,5*7,5 (200)(1)	6	2,95	17,70
GANT D'EXAMEN LATEX 6/7 S (100)(1)	8	0,90	7,20
INTRANULES BLEUES 22 G (100)(1)	2	4,50	9,00
PHARMAFIX 10*10 (001)	1	46,23	46,23
SERINGUE 5 CC (100)(1)	2	0,90	1,80
SERINGUE ICC 25G*36 (100)(1)	1	1,50	1,50
TRANSFUSEUR (001)	2	9,00	18,00
Sous-Total consommable médical			138,47
Total pharmacie			138,47

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca
Tél: 0522.77.77.40 à 49 (L.G)
Fax: 0522.25.00.01

BON d'ATTRIBUTION
NUMERO 0000000476074

Date et heure 24/10/2019 - 09:24
Etablissement CLINIQUE AL MADINA (05PRI00123)
 RUE MANSARD EN FACE DU LYCEE
 CASA
 20000

Malade no 0529990
Nom et prenom CHAOUI AZIZ ABDELLATIF
Sexe / ne(e) le M
Groupe sanguin B Positif

Service
Ref. commande 1002291749

CGR homologue Déleucocyté Syst clos (3H100)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05192748702		B +		1	03/12/2019		250

TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H100 / - CGR homologue Déleucocyté Syst clos	1	250	509/poche	509

Signature responsable

MOUNIA.K



ROYAUME DU MAROC
Ministere de la Sante
Centre National de Transfusion
Sanguine
RABAT

26/10/2019

Nom : CHAOUI AZIZ
Prenom : ABDELLATIF
Date de naissance :
Etablissement CLINIQUE AL MADINA

Dossier : 0573380
Prelevement: 3049140
Ref. de demande:

ANALYSES EFFECTUEES	PRIX	RESULTAT
=====	=====	=====

ABO Rh Identification 1 45.00 DH: B Positif

phenotype KELL 75.00 DH: K+

RAI 30.00 Dh: Négative

SIGNATURE

MEDECIN RESPONSABLE





BON d'ATTRIBUTION

NUMERO 0000000475692

Date et heure 23/10/2019 - 10:15
Etablissement CLINIQUE AL MADINA (05PRI00123)
RUE MANSARD EN FACE DU LYCEE
CASA
20000

Malade no 0529990
Nom et prenom CHAOUI AZIZ ABDELLATIF
Sexe / ne(e) le M
Groupe sanguin B Positif

Service
Ref. commande 1002291744

CGR homologue Déleucocyté Syst clos (3H100)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05192550747		B +		1	02/12/2019		250
0005	05192550763		B +		1	02/12/2019		250

TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H100 / - CGR homologue Déleucocyté Syst clos	2	500	509/poche	1018

Signature responsable

NAIMA.E

