

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

N° W19-539180

33263



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

9999

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BELKANI SADA

Date de naissance :

22/09/1971

Adresse :

1 RUE DES ORANGES MARA
CASA BLANCA

Tél. : 0664000838

Total des frais engagés :

Dhs

Dr. Saâdia ZAFAD

Professeur d'hôpital

Hématologie - Oncologie

CLINIQUE AL MAR

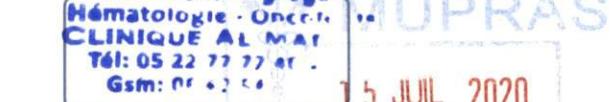
Tél: 05 22 77 77 45

Gsm: 05 62 56

15 JUIL 2020

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

02/06/2020

Nom et prénom du malade :

Bekkani Mouria

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Lymphome

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous l'indication 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 :

Allal Ben Abdellah

Signature de l'adhérent(e) :



20 JUIL 2020

ACCEUIL

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
2016-06-06	consultation	1	500,-	DR. SANTOS Professeur Agrégé Hématologie - Oncologie CLINIQUE ALMA MARIA Signature DR Santos
2016-06-06	consultation	1	500,-	DR. SANTOS Professeur Agrégé Hématologie - Oncologie CLINIQUE ALMA MARIA Signature DR Santos

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
<i>A. B... Ancien membre de l'INPE : 091018978</i>	20/06/2015	N° 070501/2	1.00,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.

Dr. Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes - Enfants
Oncologie Pédiatrique
Greffé de Moelle

الدكتورة السعدية زفاص

أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين والأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Dr. Saâdia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
Gsm: 06 62 54 23 07
Casablanca, Le : 01/06/2000

MME BEKKARI MOUNIA

Patiante traitée en 2107 pour un lymphome hodgkinien avec
rémission complète.

Bilan de suivi:

Echographie abdominopelvienne

Centre International d'Oncologie
de Casablanca
Service Radiologie

Dr. Saâdia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
Gsm: 06 62 54 23 07

Dr. Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes - Enfants
Oncologie Pédiatrique
Greffé de Moelle

الدكتورة السعدية زفاص

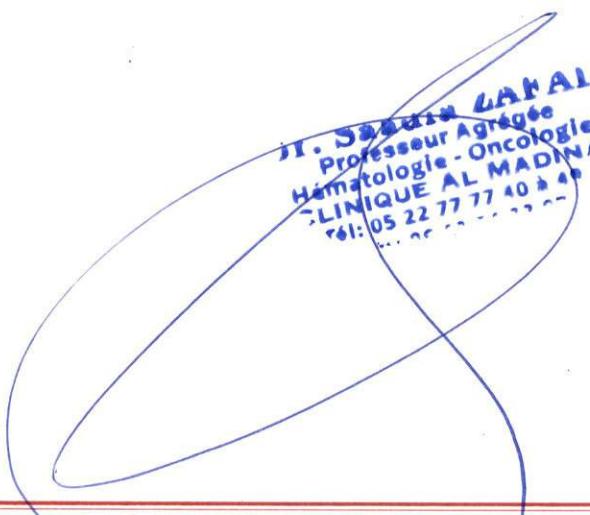
أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين والأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, Le : 03 juin 2020

Mme BEKKARI Mounia

FUMAFER 66 MG COMPRIME PELLICULE

1 cp x 2/j x 3 mois



Centre d'Hématologie et Oncologie - Clinique Al Madina

Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard (en face du Lycée le Cèdre), Quartier Palmiers
Tél : 05 22.77.77.40 à 49 (LG) - Fax: 05 22.23.06.66 - E-mail : szafad@hotmail.com - CASABLANCA

- Scanner Multibarrette • Anglo-Scanner • Coloscopie Virtuelle • Dentascanner • Radiologie Standard Numérique
• Echographie / Echo-Doppler • IRM Corps Entier / IRM Cardiaque sur RDV • Coroscanner sur RDV • RGAS/NB/LAN/MT/Leve/02/09/2020

A. Identification

N° Dossier : COC20E02124931

N° Identifiant : 008610/20

Nom & Prénom : Mme BEKKARI MOUNIA

CIN

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme · Pavant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 02-06-2020

Date Sortie : 02-06-2020

Médecin traitant : DB DB AKDIM AKDIM

Traitements : Echographie Abdomino-Pelvienne

Médecin traitant : DR . DR ARDIM ARDIM		Traitement : Echographie AbdominoPelvienne				
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIANNE		400,00			400,00
PARTIE CLINIQUE :				Total Rubrique :		400,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						400,00
Arrêté la présente facture à la somme de : QUATRE CENTS DIRHAMS				TOTAL GENERAL		400,00

Cachet et Signature

Dr A. BELHOUCINE
Radiologue
Centre R.H. des Hôpitaux
de France
INPE : 091018785