

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-572246

51361

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

311

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BEKKARI OMAR FAROUK

Date de naissance :

20/03/1948

Adresse :

N° 5 Bd. AWATIF ASSIF
Marrakech

Tél. :

0663040793

Total des frais engagés :

1122,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin :

DR. HAJI KENZA
Spécialiste en hématologie clinique
Greffe de moelle
Rés Rokaya app 37 4ème étg bloc B
Av Abdelkrim el khattabi

Cachet du médecin :

Date de consultation :

17/12/2020

Nom et prénom du malade :

M. BEKKARI OMAR FAROUK

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

leucémie

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) :

[Signature]

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 Angl. Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier du Pharo - Casablanca 20900 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

MUPRAS
14 DEC. 2020
ACCUEIL

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 Rattachement des Actes
17/09/20	vacin	Facture 1/22		

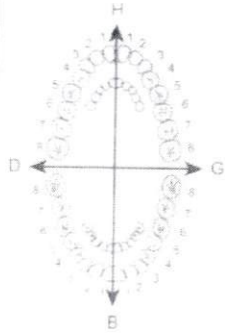
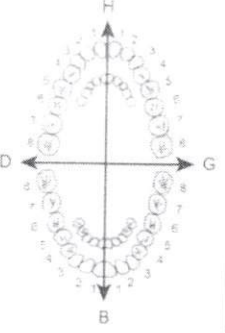
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies, en cas de prothèses ou de traitement caninaires, ainsi que le bon de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :							
				COEFFICIENT DES TRAVAUX							
				MONTANTS DES SOINS							
				DÉBUT D'EXECUTION							
				FIN D'EXECUTION							
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX							
	H <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>05503412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35933411</td><td>11433553</td></tr> </table> B				05503412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35933411
	05503412	21433552									
	00000000	00000000									
	00000000	00000000									
	35933411	11433553									
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS							
	Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la protection										
				DATE DU DEVIS							
				DATE DE L'EXECUTION							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH

F A C T U R E

N° 19 029 / 2020 du 17/09/2020

Nom patient	BEKKARI OMAR FAROUK	Entrée 17/09/2020	Sortie 17/09/2020
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
TRANSFUSION K10	1,00		300,00	300,00
SEJOUR	1,00		200,00	200,00
PERFUSION	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	650,00
PHARMACIE	1,00		172,80	172,80
			Sous-Total	172,80
Total Frais Clinique				822,80
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. RAJI KENZA (hématologue)	1,00	CS	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total prestations externes				300,00

	Total général	1 122,80
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE CENT VINGT-DEUX DIRHAMS QUATRE-VINGTS CENTIMES		

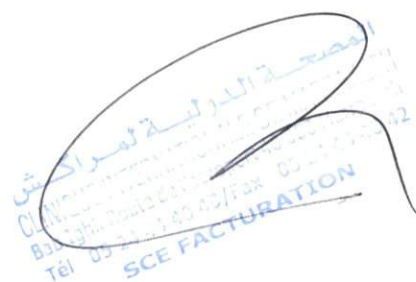
Encaissements	Carte Bq 1 122,80	Total encaissé 1 122,80	Solde 0,00
---------------	----------------------	----------------------------	---------------

Clinique Internationale de Marrakech
 833 Avenue Hassan II - Marrakech 40000
 Tél: 05 24 44 40 40 Fax: 05 24 44 40 42
 SCE FACTURATION

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : BEKKARI OMAR FAROUK	N° Facture 19 029	59799-20
-----------------------------------	-------------------	----------

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
SERUM SALE 0,9% 250 ml Poche (01)	2	9,00	18,00
SERUM SALE 500ML 0,9% Poche (01)	1	12,80	12,80
Sous-Total médicaments			30,80
COSMOPORE 7.2X5C (001)	2	4,00	8,00
GANT JETABLE S L M (001)	10	2,00	20,00
INTRANULE 18 G* VERT (001)	1	13,00	13,00
INTRANULE 20 G* ROSE (001)	2	13,00	26,00
PERFUSEUR * (001)	3	15,00	45,00
TRANSFUSEUR* (001)	2	15,00	30,00
Sous-Total consommable médical			142,00
Total pharmacie			172,80



 المصيبة الدوائية لمراكش
 SCE FACTURATION
 Tél: 05 22 14 43 43 / Fax: 05 22 14 43 42

Le : 17/09/2020

Références 19 029 / 200917155223158051

PAYANT

Entrée / Sortie : 17/09/2020 - 17/09/2020

Le Dr. RAJI KENZA

présente à Mr BEKKARI OMAR FAROUK

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
300,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. RAJI KENZA
Spécialiste en hématologie clinique
Greffes de moelle
25, Avenue Mohammed VI - 4ème étage - bloc B
34000 Marrakech - Maroc - 0677002004

Cachet et signature