

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 rééducation.
- 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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-568149

51360

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3111 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BEKKARI OMAR FAROUK

Date de naissance : 20/03/1948

Adresse : N°5 der AWATIF ASSIF

Tél. : 0663040793 Total des frais engagés : 360 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HADJ KENZA
Spécialiste en hématologie clinique
Greffes de moelle
RÉS Rokaya app 37 deme etg bloc B
Av Abdelkrim el khattabi
2007002024

14 DEC. 2020

ACCUEIL

Date de consultation : 16 / 01 / 2020

Nom et prénom du malade : M. BEKKARI OMAR FAROUK Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Len. Cerve

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) :

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
16 06 06 C		-	G	<p>INP : 0712345678</p> <p>DR. NAJI KENZA</p> <p>Spécialiste en hématologie clinique</p> <p>Greffes de moelle</p> <p>37 4ème etg bloc B</p> <p>Ras Rokaya app 37 4ème etg bloc B</p> <p>Ay Abdelkrim el khattabi</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/9/20	3600

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

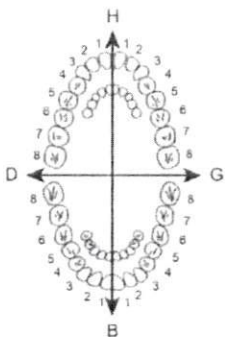
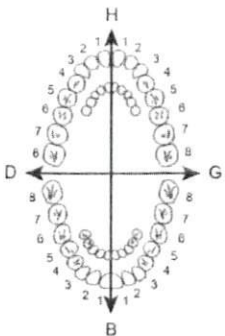
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Raji Kenza
Hématologue

- Anémie
- Déficits immunitaires
- Affection de la rate des ganglions lymphatiques
- Greff de moelle osseuse
- Trouble de l'hémostase
- Chimiothérapie
- Adultes-enfants



الدكتورة. الراجي كنزة
طبيبة متخصصة في أمراض الدم

- إضطراب تخثر الدم
- العلاج الكيميائي
- أمراض الطحال والغدد اللمفاوية
- زرع النخاع العظمي
- فقر الدم
- إضطراب المناعة
- كبار-صغار

Marrakech le : ٢٠٢٢/٩/١٦

مراكش في:

M^r Behkari Omar

Transfusion : 0 1

Culot globulaire

DR. RAJI KENZA
Spécialiste en hématologie clinique
Grefe de moelle
Rés Rokaya app 37 4ème étg bloc B
Av Abdelkrim el khatabi
Marrakech 34000

En cas d'urgence ☎0607 90 20 24 ☎0524 43 19 31 @rajikenza@gmail.com

📍 الشقة رقم 37, الطابق الرابع, جناح ب, إقامة رقية شارع عبد الكريم الخطابي-مراكش
📍 App N°37, 4^{ème} étage, Bloc B, Résidence Rokaya, Avenue Abdelkrim el khatabi, Marrakech



BON DE CESSION DES PRODUITS SANGUINS LABILES

DATE : 16/9/20 FORMATION SANITAIRE : CI M

NOM ET PRENOM : B. EL KHARJ OTHMAN

PRODUITS	QUANTITÉ	PRIX UNITAIRE	MONTANT
CGR	01	360,00	360,00
Sang Compatible en plus du prix de la Poche		45,00	
CGR DELEUCOCYTE		509,00	
PFC		298,00	
CP		298,00	
GROUPAGE		45,00	
Phénotype		30,00	
Phénotype Elargi		480,00	
Test de Comptabilité		37,50	
RAI		45,00	
Test de Coombs Direct		37,50	
Hem aphérèse / Cytaphérèse		3.033,00	
TOTAL A PAYER			6000,00

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
HÔPITAL IBN ZOHR
MARRAKECH

Quittance

N° 003052 8A ^{52 ligne}

Reçu de M

La somme de

Bon Khari Omar
troiscent soixante

Cachet
du Service

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
CIP		
TOTAL		360

Le

14/9/2020

Signature du
Regisseur