

# 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-568149

51360

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 311	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BEKKARI OMAR FAROUK
Nom & Prénom : 20/03/1948			
Date de naissance :			
Adresse : N° 5 lot AWATIF ASSIF			
Tél. : 0663040793 Total des frais engagés : 36000 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr MAJID KENZA Spécialiste en hématologie clinique Greffe de moelle Rés Rokaya app 37 4ème étg bloc B A Andelkrim el khattabi 05 22 20 45 45 14 DEC. 2020			
Date de consultation : 16/09/2020			
Nom et prénom du malade : Mr BEKKARI OMAR FAROUK Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : Casablanca			
Signature de l'adhérent(e) :			

Le : / /

## 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
16/9/2020	CS	—	G	INP : INP : 011214824 Dr. Naji Rokaya Spécialiste en hématologie clinique Greffé de moelle Per Rokaya app 37 4eme etg bloc B Av Abdelkrim el khattabi Le 16/09/2020

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/3/20	360,-

## 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
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION												
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												

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



- إطرابات تثثر الدم
- العلاج الكيميائي
- أمراض الطعام والغدد المتفاوتة
- زرع النخاع العظمي
- فقر الدم
- إطرابات المغاعة
- كار-مغار

Marrakech le : ١٦/٩/٢٠٢٠

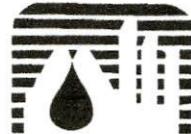
مراكش في:

M' Bekhri OMAR

Transfusion. O+

Cubat glandulaire

DR. HAJI KENZA  
Specialiste en hématologie clinique  
Greff de moelle 37 4ème étage bloc B  
Rés Rokaya app 37 Avenue Abdalkrim el khattabi  
Téléphone 0524 43 19 31 - 0607 90 20 24  
Email : [rajikenza@gmail.com](mailto:rajikenza@gmail.com)



## BON DE CESSION DES PRODUITS SANGUINS LABILES

DATE : 16/9/20 FORMATION SANITAIRE : CHM

NOM ET PRENOM : BENKHA RAI

PRODUITS	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	MONTANT
CGR	1	360,00	<u>360</u>
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	
<b>TOTAL A PAYER</b>			<u>60</u>

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
HÔPITAL IBN ZOHR  
MARRAKECH

Quittance

Nº 003052 8 A

Reçu de M

La somme de

Bon Khalil Oumar  
trois cent soixante six

cachet  
du Service

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
CDP		
<b>TOTAL</b>		<u>360</u>

Le

16/9/82

Signature du  
Regisseur