

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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° W19-568153

51332

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3611

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEKKARI OMAR FAROUK

Date de naissance :

20/10/1948

Adresse :

N°5 lot. AWATIF ASSIF  
Mallachek

Tél. : 0663040793

Total des frais engagés :

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

30/11/2020

Nom et prénom du malade :

Mr BEKKARI OMAR

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Emme (lengue)

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 : 14/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## 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
30.11.2020 CS			G.	INP : INPE 1071234567894
				INP : INPE 1071234567894

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/11/2020	9227,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 :

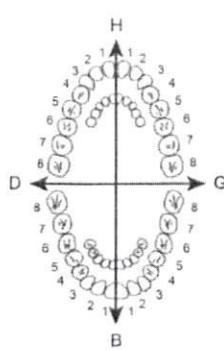
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<b>D</b>	
00000000	00000000
35533411	11433553

## [Création, remont, adjonction]



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

- إطرباب تخثر الدم - فقر الدم
- العلاج الكيميائي
- إطرباب المناعة
- أمراض الطحال واللحد المقاومة
- زرع العظام العظمي - بكار-صغر

Marrakech le : 30.07.2020

مراكش في:

M' BISKAKH OMAR

9927.00

S.V

Recu le

1 fel 15 par Dr Kenza

DR. RAJI KENZA  
Spécialiste en hématologie clinique  
Res Rokaya app 37 4ème étage bloc B  
Av Abdelkrim el khatabi  
+212 62202024

Pharmacie Ibn Touatt  
Mme ANMIRAOUI Farima  
Angle Rue 222 et Avenue AIA W DERRAC  
Tel: 0524 44 65 69 - Fax: 0524 32 32 0006  
NPE: 022032389 - I.C: 0016598480006  
Tél: 0524 44 65 69 - Fax: 0524 32 32 0006  
Mme ANMIRAOUI Farima  
Angle Rue 222 et Avenue AIA W DERRAC  
Tel: 0524 44 65 69 - Fax: 0524 32 32 0006

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<sup>th</sup> étage, Bloc B, Résidence Rokaya, Avenue Abdelkrim el khatabi, Marrakech

EXP 10 2023  
Lot D92A



## REVOLADE 50 mg comprimé pelliculé

Médicament autorisé n° 34009 374 589 31

### RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

#### Liste I - Uniquement sur ordonnance.

Médicament soumis à prescription hospitalière.  
Prescription réservée aux spécialistes en  
hématologie, en médecine interne, en  
gastro-entérologie et hépatologie, en  
infectiologie ou en pédiatrie.  
Médicament nécessitant une surveillance  
particulière pendant le traitement.

France



**REVOLADE +  
GROSSESSE =  
DANGER**

Ne pas utiliser chez l'adolescente,  
la femme en âge de procréer et  
sans contraception efficace ou  
chez la femme enceinte sauf en  
l'absence d'alternative thérapeutique

# REVOLADE® 50 mg

comprimés pelliculés  
**eltrombopag**

 NOVARTIS

PPV : 9227,00 DH

