

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-568153

51332

☒ 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 Bd AWATIS ASSIF
 Maouchech
 Tél : 0663040793 Total des frais engagés : 92 MUPRAS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. RAJI KENZA
Spécialiste en hématologie
Greffe de moelle
Res Rokaya app 37 4ème ete
Av Abdelkrim el khattabi
14 DEC. 2020
ACCUEIL

Date de consultation : 30/11/2020

Nom et prénom du malade : M. BEKKARI OMAR

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : LMMC (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) :

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

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
30.11.2020	C		G	INP : INPE : 071234894

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/11/2020	9227,50

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	

RELEVÉ 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"/>
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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 : 30.07.2020

مراكش في:

M' Bokkadi OMAR

9227,00

Perbade

1 gel za pdr 2mm

Pharmacie Ibn Tofail
Mme AMIRAOUI Fatima
Angie Rue Ibn Tofail 414 W. DERBARD
Tel: 0524 43 32 36 - Fax: 0524 43 32 36
IMPE: 072034360 - ICE: 001636984000006

DR. RAJI KENZA
Specialiste en hematologie clinique
Greff de moelle
Res Rokaya app 37 4eme etg bloc B
Av Abdelkrim el Khattabi
0607902024

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

EXP 10 2023
Lot D92A



REVOLADE 50 mg comprimé pelliculé

Médicament autorisé n° 34009 374 589 3 1

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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

