

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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-608316
7262

| | | | |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : | 0944 | Société : | R.A.M |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : HALMONY ABdelmajid | | | |
| Date de naissance : 09.01.1930 | | | |
| Adresse : 609/ALICHAFA II - n° 21 S. Maarouf CASA | | | |
| Tél. : 0698.33.54.57 | Total des frais engagés : 3.723,00 Dhs | | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | Dr Saima CHERQUI |
| | Spécialiste des Maladies du Sang |
| | 17, Angle Rue Bachir Laalej et Bd. Abdelloumen |
| | Tel.: 05 22 99 53 71 |
| Date de consultation : | HALMONY ABDELMAJID |
| Nom et prénom du malade : | Age |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même |
| Nature de la maladie : | <input type="checkbox"/> Héme |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : | <input type="checkbox"/> Cancer |
| 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. | <input type="checkbox"/> Enfant |

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 : 05/05/2021

Signature de l'adhérent(e) : HALMONY ABDELMAJID

Le 31/05/2021



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 24/07/2011 | CS | G | | INP : 11111111111111111111111111111111 |
| 24/07/2011 | transfert | 3723,00 | | RYAD ONCC 10/07/2011 Sce FEE Clinique 2 INP 09999999999999999999999999999999 clinique persie 0522861201 0522861201 Fax: 0522861201 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

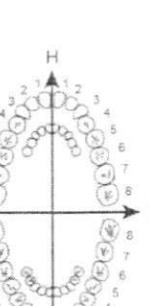
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [] |
|---|---|--|-------------|-----------------------------|
| |  | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [] |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [] |
| | | | | FIN D'EXECUTION [] |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | G 21433552 00000006 G 00000000 11433553 | B | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | MONTANTS DES SOINS [] |
| | | | | DATE DU DEVIS [] |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION [] |



Le 24 / 05 / 21

MR HALMONY Abdelmajid

74.8° Sepan Soony dec/j

penal = LG



ONCOLOGIA CLINIC

15, Allée du Persée
des Hôpitaux Extension
Casablanca

86 27 00 Fax: 0522 86 35 56

Dr Salma CHERQI
Spécialiste des Maladies de la Peau
Institut des Maladies de la Peau
Tél: 05 22 29 23 77



Ryad
Oncologia Clinic

مصحة
الرياض للأنك洛جيا
info@ryadclinics.com

Pr. A. Acharki
Onco-Radiothérapeute

Dr. O. Alami
Onco-Radiothérapeute

Dr. H. El Boussairi
Onco-Radiothérapeute

Pr. A. Benider
Onco-Radiothérapeute

Pr. S. Sahraoui
Onco-Radiothérapeute

Pr. N. Benchakroun
Onco-Radiothérapeute

Pr. Z. Bouchbika
Onco-Radiothérapeute

Mr Harmony Abdelmajid

1 CG

6 culots flagellaires.

D^r Salma CHEFCHI
Spécialiste des Maladies
17, Angle Rue Bachir Laalej et Bd. Hassan II
Tél : 05 22 99 53 71

[Handwritten signature]



Casablanca, le 25/05/2021

COMPTE RENDU

Mon Cher Confrère,

Je vous prie de bien vouloir trouver, ci – joint, les renseignements cliniques
Concernant :

Mme/Mr HALMONY ABDELMAJID

polyglobulie primitive suivie depuis 2015,
en aplasie post chimio (Hydrea), ce qui a
nécessité une transfusion en urgence.
d' 1 CG et 6 units plaquettaires.

Dr.CHERQUI

RYAD ONCOLOGIA CLINIC
Soc Recrivation 2
15, Allée du Persée
Q. des Hôpitaux Extension Casablanca
Tél: 0522 86 27 00 Fax: 0522 86 25 56

Professeur A.ACHARKI
Onco-Radiothérapeute

Docteur H. EL BOUSSAIRI
Onco-Radiothérapeute

Docteur O. ALAMI
Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs
N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca
Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - www.oncologiyad.com
GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26
I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919



valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. R. HALYNY Abdellmjid.

Présente une polyglobulie + Aplasie pert chronique

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Transfusion de ICG + Série de plectuaires

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca

Dr Salma CHERQUI
Spécialiste des Maladies du Sang
17, Angle Rue Dahir Lahlia et Bl. Abdelloune
Télé: 0522 99 53 71



F A C T U R E

N° : 6285 / 2021 du 28/05/2021

Nom patient **HALMONY ABDELMAJID**
PAYANT

Entrée 24/05/2021
Sortie 25/05/2021

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|--|--------|------------|-------------------|-----------------|
| FRAIS CLINIQUE | 1,00 | | 1 500,00 | 1 500,00 |
| | | | <i>Sous-Total</i> | 1 500,00 |
| Total Clinique | | | | 1 500,00 |
| CENTRE REGIONAL DE TR (laboratoire) | 6,00 | | 298,00 | 1 788,00 |
| CENTRE REGIONAL DE TR (laboratoire) | 1,00 | | 360,00 | 360,00 |
| CENTRE REGIONAL DE TR (laboratoire) | 1,00 | | 45,00 | 45,00 |
| CENTRE REGIONAL DE TR (laboratoire) | 1,00 | | 30,00 | 30,00 |
| | | | <i>Sous-Total</i> | 2 223,00 |
| Total Autres prestations | | | | 2 223,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE SEPT CENT VINGT-TROIS DIRHAMS

Total 3 723,00

Compte bancaire : 007 780 0003518000000410 61 AWB

Professeur A.ACHARKI
Onco-Radiothérapeute

Docteur H. EL BOUSSAIRI
Onco-Radiothérapeute

Docteur O. ALAMI N°15 Rue Allée du Persée / Tél: 0522862700 (LG) / GSM: 066199677 / Fax: 0522862556
Onco-Radiothérapeute TP: 37990430 / IF: 40229787 / CNSS: 8587919 / ICE: 001741149000027

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs

N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca

Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 -www.oncologiyad.com

GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26

0522862700 (LG) / GSM: 066199677 / Fax: 0522862556 F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919

ICP: 001741149000027

BON d'ATTRIBUTION

NUMERO 0000000676082

Date et heure 25/05/2021 - 19:33
Etablissement RYAD ONCOLOGIA CLINIQUE
 (05PRI00232)
 20000

Malade no 0708320
Nom et prenom HALMOUY ABDELMAJID
Sexe / ne(e) le
Groupe sanguin O Positif

Service
Ref. commande 1002321183

CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

| Four | NO DE DON / | No Lot | GR | Unite | Qte | Perime le | Qualificatifs | Vol |
|------|-------------|--------|-----|-------|-----|------------|---------------|-----|
| 0005 | 05194046253 | | O + | | 1 | 05/07/2021 | | 250 |

Culot plaquettaire standard homologue (5H000)

| Four | NO DE DON / | No Lot | GR | Unite | Qte | Perime le | Qualificatifs | Vol |
|------|-------------|--------|-----|-------|-----|------------|---------------|-----|
| 0005 | 05193969806 | | O + | | 1 | 29/05/2021 | | 50 |
| 0005 | 05194046579 | | O + | | 1 | 29/05/2021 | | 50 |
| 0005 | 05194046456 | | O + | | 1 | 29/05/2021 | | 50 |
| 0005 | 05194046683 | | O + | | 1 | 29/05/2021 | | 50 |
| 0005 | 05194046448 | | O + | | 1 | 29/05/2021 | | 50 |
| 0005 | 0519404627- | | O + | | 1 | 29/05/2021 | | 50 |

TOTAL

| Produit - Libelle | Qte | Vol | PU (Dh) | Prix Total |
|---|-----|-----|-----------|------------|
| 5H000 / - Culot plaquettaire standard homologue | 6 | 300 | 298/poche | 1788 |
| 3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE | 1 | 250 | 360/poche | 360 |

