

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



Déclaration de Maladie

N° W21-608316

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0944 Société : R. A. M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HALMONY ABdelmajid

Date de naissance : 09.01.1930

Adresse : Coop/ALICHA FII - n° 21. S. Maarouf

Tél. : 0698.33.54.57 Total des frais engagés : 3723,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D^r Salma CHERQUI
Spécialiste des Maladies du Sang
17, Angle Rue Mohamed Fakir et Rd. Abdelmoumen
Tel. : 05 22 99 53 71

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HALMONY ABdelmajid

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

Nature de la maladie :

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 : CAS Le 31/05/21

Signature de l'adhérent(e) : *Abdelmajid Halmoney*

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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	INF : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24/07/2011	transfusion		3723,00	RYAD ONCCLOCI INA 09 06 1201 Scé Persée Section Fax: 05

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

INP :

RYAD ONCOCLINIC
15, Allée du Persée
11500 CENON (33) - Gironde
Tél : 05 57 00 61 20 Fax : 05 57 00 61 21

[illegible]

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

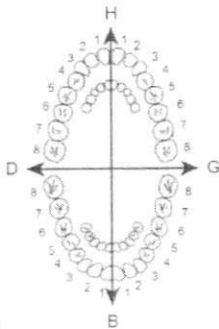
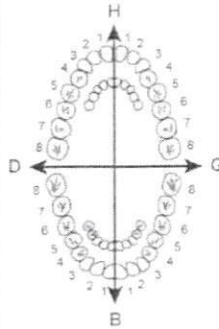
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'O.D.F.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction]			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession												

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



de 24 / 05 / 21

MR HALMONY Abdelmajid

74.80 Sepan Soumy dep J

pendant 10 J



ONCOLOGIA CLINIC
15. Allée du Persée
des Hôpitaux Extension
Casablanca
86 27 00 Fax: 0522 86 25 56

Dr Salma CHEROUBI
Spécialiste des Maladies...
17 Allée du Persée, Hôpital des Hôpitaux Extension
Tél : 05 22 86 25 56

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 Halmouy Abdelmajid

1 CG

6 culots plaquettaires.

Dr Salma CHEBOU
Spécialiste des Maladies
117, Angle Rue Bachir Laalaj et Bd. d'Alger
Tél: 05 22 99 53 71





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 aplanie post chimio (Hydrea), ce qui a
nécessité une transfusion en urgence
d'1 CG et 6 unités plaquettaire.

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

Dr. CHERQUI

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.oncologieriad.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 <input type="checkbox"/>
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)
Je soussigné :
Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>HALMONY Abdelmajid.</u>
Présente <u>une polyglobulie + Aplasie pers chimio(</u>
Nécessitant un traitement d'une durée de : <u>Transfusion de 1CG + 8 unités plaquettaires.</u>
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 Laalaj et Dr. Abdelmoumen
Tél: 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
			Sous-Total	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
			Sous-Total	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-RadiothérapeuteDocteur H. EL BOUSSAIRI
Onco-RadiothérapeuteDocteur O. ALAMI
Onco-RadiothérapeuteN° 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.oncologieriad.com

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

TP: 37990430 / IF: 40229787 / CNSS: 8587919 / ICE: 001741149000027 / P: 0522862556 / F: 40229787 - C.N.S.S : 8587919

RYAD ONCOLOGIA CLINIC
See Fe 2021-2022
15, Allée du Persée
Q. des Hôpitaux Extension - Casablanca
Tél: 0522 86 27 00 - Fax: 0522 86 25 56

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs

