

## 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 | adhension@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.

N° W21-608316

72672

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricole : 0944		Nom & Prénom : HALMONY ABDELMJID	
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Date de naissance : 09.01.1932		<input type="checkbox"/> Autre :	
Adresse : 6098/ALICHAFA II n° 21. S. Maarouf CASA		Tél. : 0698.33.54.57 Total des frais engagés : 3.723,00 Dhs	

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

**Dr Salma CHERQUI**  
Spécialiste des Maladies du Sang  
17, Angle Rue Bachir Lealej et Bd. Abdellah Benkouach  
Tel.: 05 22 99 53 71

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le 31/05/2021



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

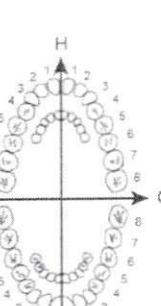
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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			
	$  \begin{array}{r l}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  & 00000000 \quad 00000000 \\  D & \hline  & 00000000 \quad 00000000 \\  & 35533411 \quad 11433553 \\  B &   \end{array}  $			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS [ ]
				DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Le 24/05/21

MR HALMONY Abdelmajid

74.8° Sepan Soo my dec/j

penal = no j



ONCOLOGIA CLINIC

15, Allée du Persée  
des Hôpitaux Extension  
Casablanca

Tel: 05 22 86 27 00 Fax: 0522 86 35 56

Dr. Salma CHERQI  
Spécialiste des Maladies  
Infectieuses et Tropicales  
Tél: 05 22 92 23 77



**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.

**Dr Salma CHEFOU**  
Spécialiste des Maladies de la Peau  
17, Angle Rue Bachir Laalej et Bd. Hassan II  
Téle: 05 22 99 33 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**

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

Dr.CHERQUI

RYAD ONCOLOGIA CLINIC  
Sce Facultation 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](http://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. HALYONY ABdelmjid.

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](http://www.mupras.com) // mail : [pec@mupras.com](mailto: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 Boubir Laâbi et Bl. Abdelloumen  
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
<b>FRAIS CLINIQUE</b>	1,00		<b>1 500,00</b>	<b>1 500,00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>1 500,00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>1 500,00</b>
<b>CENTRE REGIONAL DE TR (laboratoire)</b>	6,00		<b>298,00</b>	<b>1 788,00</b>
<b>CENTRE REGIONAL DE TR (laboratoire)</b>	1,00		<b>360,00</b>	<b>360,00</b>
<b>CENTRE REGIONAL DE TR (laboratoire)</b>	1,00		<b>45,00</b>	<b>45,00</b>
<b>CENTRE REGIONAL DE TR (laboratoire)</b>	1,00		<b>30,00</b>	<b>30,00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>2 223,00</b>
<b>Total Autres prestations</b>				<b>2 223,00</b>

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: 0661996777 - Fax: 0522862556  
Onco-Radiothérapeute TP: 37990430 / IF: 40229787 / CNSS: 8587919 / ICE: 001741149000027

**RYAD ONCOLOGIA CLINIC**  
 Sce Faculté de Médecine - Casablanca  
 15, Allée du Persée  
 Q. des Hôpitaux Extension - Casablanca  
 Tel: 0522862700 Fax: 0522862556

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

Fax: 0522862556 F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919

### 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  
**Réf. 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

