

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

- Réclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 073642

☒ Maladie

☐ Dentaire

MUPRAS
RECEPTION 9

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1446 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DBAL M. ed

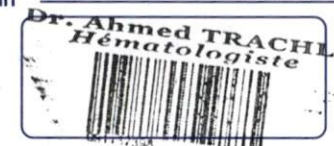
Date de naissance : 1949

Adresse : Bte - Q° N° 11 Deroua

Tél. : 0671871200 Total des frais engagés : 1560,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/06/20

Nom et prénom du malade : DBAL Mohamed

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

Nature de la maladie : 607

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 : Deroua

Signature : Adhérent(e) : Le : 01/07/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

28/1/22 Portion sternalak #500,- Dh
(Facture 155/2012)
28/1/22 facture # 225599
de 1000,00 Dh

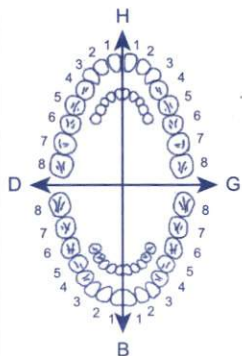
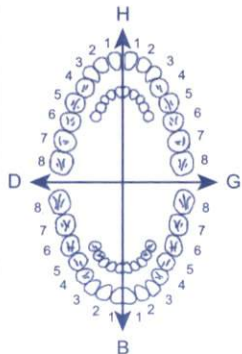
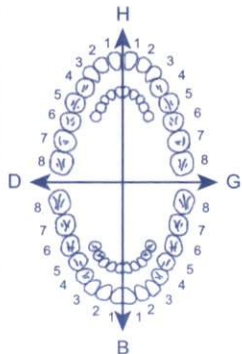
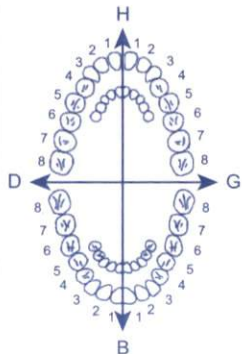
[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

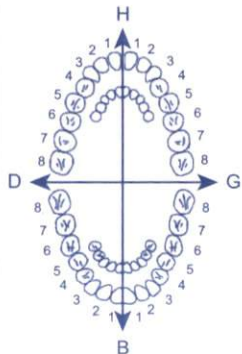
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: left;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: right;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: left;"> 00000000 11433553 B </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

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

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CœEFFICIENT MASTICATOIRE		CœEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	B	MONTANTS DES SOINS
	D	G	DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RADIOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE
 RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE
 CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOETHERAPIE - CHIMIOETHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية
 العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE.....

FACTURE



090001405

N° de l'admission : 22006339

N° Facture : 22005599

Date facturation : 28/06/2022

Nom et prénom du patient : **MOHAMED DBALI**

Convention : **PAYANT**

Traitement : **PONCTION STERNALE**

Entrée: 28/06/2022 Sortie: 28/06/2022

PRESTATIONS		nombre	prix unitaire	montant
	PONCTION STERNALE	1.00	800.00	800.00
			sous-total	800.00
PHARMACIE		nombre	prix unitaire	montant
	Pharmacie			260.00
			sous-total	260.00
arrêtée la présente facture à la somme de :				
Mille soixante dirhams			total :	1 060.00
Immatriculation :				
N° prise en charge :				

Notre compte bancaire : 011 780 0000192100009974 65



ANNEXE PHARMACIE

N° Dossier : 22006339 Patient : DBALI MOHAMED N° Pièce d'identité: W4303

N° Devis :D220003968 N° Facture :22005599

CONSOMMABLE

Code de l'article	Désignation article	P.U	Quantité	Montant
CON00485	TROCARD PONCTION STERNAL 18G	260.00	1	260.00
TOTAL CONSOMMABLE				260.00
TOTAL				260.00

مركز العلاج الكندي
CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY
Oncologie & Diagnostic du Maroc
P-4, Rue Al Kindy



مركز العلاج الكندي

CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY

Oncologie & Diagnostic du Maroc

RADIOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE

RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE

CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA 28/06/2022.....



090001405

Compte rendu médical

- Mr DBALI Mohamed, 70 ans
- Diagnostic : leucémie aiguë myéloïde sous traitement par Azacitidine
- CAT : surveillance de la rémission médullaire : myélogramme par ponction sternale à l'aide d'un trocart de Mallarmé. Envoi au laboratoire
- Suites simples

Dr A TRACHLI

Dr. Ahmed TRACHLI
Hématologue



DR AHMED TRACHLI

HEMATOLOGISTE

2 et 4, Rue Youssef Al Kindy-Casablanca 20370

PATENTE : 35605588 IF : 44301168

ICE 001804520000090 CNSS: 138587637

Casablanca Le 28/06/2022

FACTURE N° 155/2022
PATIENT DBALI MOHAMED
ORGANISME MUPRAS

LIBELLE	MONTANT
PONCTION STERNALE	500,00 DH.
TOTAL	500,00 DH.

Arretée la présente facture à la somme de CINQ CENT DH

DR AHMED TRACHLI

Dr. Ahmed TRACHLI
Hématologue
SIGNATURE