

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0035209

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1224 Société : R.A.M. 166861
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HDOLICHE AHMED
Date de naissance : 27 - 6 - 48
Adresse : 60 - RUE IBRAHIM HALAKA, RES. KENZA
BOURGOGNE - CASABLANCA
Tél. : 06.66.80.12.25 Total des frais engagés : 431,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ahmed MOUADDIB
Spécialiste en Hématologie Clinique
Greffe de Moelle
105, Bd Abdelmomen 2ème Etage
Appt N°1 - Casablanca

Date de consultation : 21 / 06 / 2023
Nom et prénom du malade : HDOLICHE AHMED Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Hémo pathie
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie
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 : CASABLANCA Le : 21 / 06 / 2023
Signature de l'adhérent(e) : CUEIL

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

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
21/6/23	u		300.10	Dr. Ahmed M. El Moudani Spécialiste en Odontologie 165, Bd Abdelmoumen 2ème Etage Ad. Casablanca INTE 091113746

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie El Moudani 165, Bd Abdelmoumen 2ème Etage Ad. Casablanca Tél: 05 22 55 55 55 - Fax: 05 22 55 55 55 R.C.C.: 0522555555	21/06/23	131.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

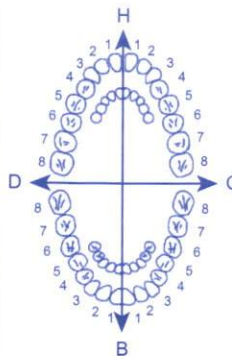
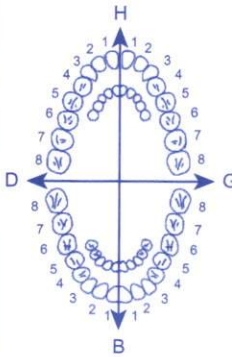
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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. Ahmed MOUADDIB

Spécialiste en Hématologie Clinique
Maladies du Sang, des ganglions et de la rate
Greffe de moelle osseuse

Ex- responsable du service d'hématologie (Marrakech)
Ex- Directeur - Adjoint du Centre de Transfusion (Casablanca)
Ex- Médecin Attaché au service d'hématologie (CHU Casablanca)

الدكتور أحمد مؤدب

INPE
091113746

اختصاصي في الأمراض الدموية
أمراض الدم والخد الخلل
لدع الخفاخ الضمني

رئيس قسم الأمراض الدموية سابقا بمرقش
نائب مدير سابق بالمركز الجهوي لتفائل الدم بالدار البيضاء
طبيب ملحق سابق بقسم الأمراض الدموية بالدار البيضاء

Casablanca, Le 21/06/2023 الدار البيضاء في

21/06/2023

25.00 x 4

1 Deuxième zone 20mg

31.30 x 1
2 20mg 200
147 x 1 Bif

PHARMACIE AL BOUDIA
SIR AU Capital de 6.320.000 Dirhams
Siège Social Casablanca : 115, Rue de Sebte
Tél: 05 22 86 04 68 - Fax: 05 22 86 04 67
N.C.: Casablanca 222 221 - IF: 99454164

Dr. Ahmed MOUADDIB
Spécialiste en Hématologie Clinique
Greffe de Moelle
165, Bd Abdelmoumen 2ème Etage
App N°1 - Casablanca

LOT 222185
EXP 06/2026
PPV 31,30 31.30

165, شارع عبد المؤمن غمار «أ» الطريق الثاني رقم 1 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 27 18 62 - الفاكس : 05 22 48 29 31
165, Bd Abdelmoumen Résidence les champs Center Imm. «A» 2ème étage N°1 - Casablanca
Tél.: 05 22 27 18 62 - Mail : cabinetmouaddib.homato@gmail.com