

## 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.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>9738</b>	Société : <b>R.A.M.</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Actif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre</b>	
Nom & Prénom : <b>CHAABAoui AZIZA</b>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <b>0661091272</b>			
Total des frais engagés : <b>300 + 139 Dhs</b>			

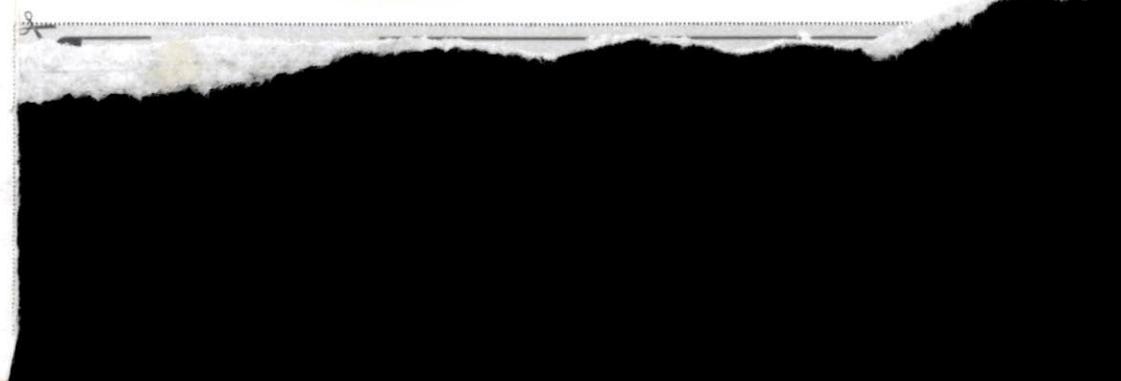
Autorisation Contrat N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :  Date de consultation : <b>04/11/2023</b> Nom et prénom du malade : <b>Dr. CHAABAoui AZIZA</b> Age: _____ Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : <b>Maladie Hemolytique</b> En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____ <small>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.</small> <small>21 NOV. 2023</small>		

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 : **CASAB**

Le : **16/10/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

## **RELEVE 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
18/03/2011 PDR			300.00	INP : 

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
J.J. PHARMACIE BIR ANZARANE Mme Alj Naja N°17 LANLOU 13 Cadi Iyass Bd. Bir Anzalone 20.43.35 - CASABLANCA	18/09/2023	139.00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

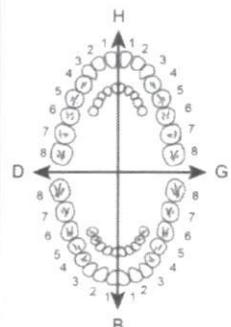
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

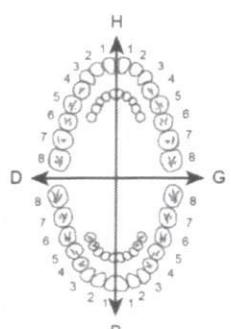
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **[Création, remont, adjonction]**

CŒFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DÉBUT D'EXÉCUTION	<input type="text"/>
FIN D'EXÉCUTION	<input type="text"/>
<hr/>	
CŒFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXÉCUTION	<input type="text"/>
<hr/>	
NET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION	

Dr. Ahmed MOUADDIB

Spécialiste en Hématologie Clinique  
Maladie du Sang, des ganglions et de la rate  
Greffé de moelle osseuse

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

دكتور أحمد موهدي

مختص في الأمراض النموذجية  
أمراض الدم والثدي العصبي  
لدى القطاع الصحي

لديه قسم الأمراض المعمدة سانيا بمنطقة  
دبر ساق بالمركز الجوي لخاتن الدم بالدار البيضاء  
والتحق سانيا بقسم الأمراض المعمدة بالدار البيضاء

Casablanca, Le

18/09/2023

الدار البيضاء في

Mr. ELHABDOU Azziz

CNEAME

555

6950x5

1 Jeu

é 1 J



Dr. Ahmed MOUADDIB  
Spécialiste en Hématologie Clinique  
Centre de Moulage  
65, Bd Abdelloumen 2<sup>e</sup> étage

PHARMACIE BIR ANZARANE  
Atne Ali Wajia Née LAHLOU  
Rue Cadriyass Bd. Bir Anzarane  
165 - CASABLANCA

05 22 48 29 31 : 05 22 27 18 62 - التلفون : 05 22 27 18 62 - العنوان :  
165, Bd Abdelloumen Résidence les champs Center Imm. «A» 2ème étage N°1 - Casablanca  
Tél. : 05 22 27 18 62 - , Mail : cablnotmouaddib.hemoto@gmail.com

# CUREAML®

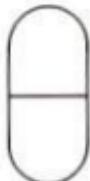
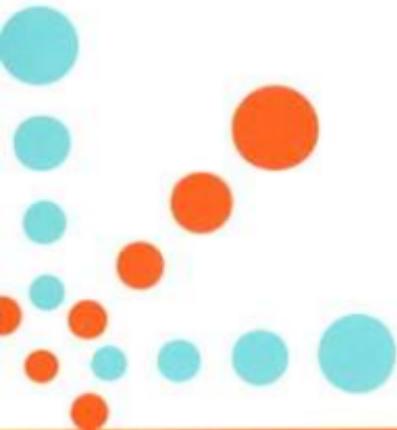
500 mg

Hydroxycarbamide

voie orale



PPV: 69 DH 50



30 Gélules

Lot No. : 1559

Date. Fab: 02.2023

Date. Exp: 02.2026



# CUREAML®

500 mg

Hydroxycarbamide

voie orale



PPV: 69 DH 50



30 Gélules

Lot No. : 1559

Date. Fab: 02.2023

Date. Exp: 02.2026

