

## 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

- 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-608322

ND: 78138

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 944 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HALMONY ABDELMADJID

Date de naissance : 09/01/1930

Adresse : Coop ALICHAFF II n°21 Sidi Maarouf CASAB

Tél. : 0698.33.54.57 Total des frais engagés : 656,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Salma CHERQUI  
Spécialiste des Maladies du Sang  
17, Angle Rue Bachir Laalej et Bd. Abdelmoumen  
Tél. : 05 22 99 53 71

Date de consultation : 24/06/2021

Nom et prénom du malade : M. Halmomy Abdelmadjid Age : .....

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 : CASABLANCE Le : 15/07/21

Signature de l'adhérent(e) : Halmomy


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
24/06/21			2500dh	INP : 

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/06/2021	406,5

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

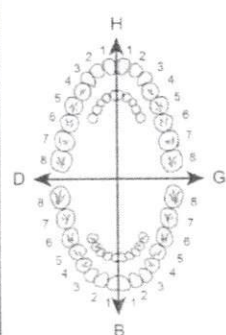
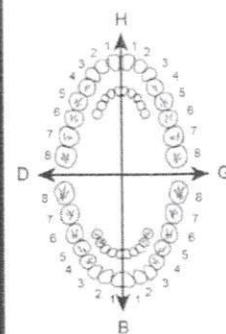
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canauxaires.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : L												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DEBUT D'EXECUTION  FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	Lot N° : HB01 Exp : 07/2022 PPC : 267.50 DH
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction] 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

PPV: 69 DH 50



PPV: 69 DH 50



Docteur Salma CHERQUI  
EL OUAZZANI

Spécialiste en Hématologie Clinique  
Maladies du sang, des ganglions  
et de la rate, Chimiothérapie,  
Greffes de moelle osseuse

Sur Rendez-vous

الدكتورة سلمى الشرقي  
الوزاني

اختصاصية في أمراض الدم السريرية  
المعالجة الكيميائية  
زرع النخاع العظمي

بالموعد

Casablanca Le : 24/06/21 : الدار البيضاء في :

M. Abdelmajid Halmory

69,50x<sup>2</sup> CurAML 500

180 g / un jour sur 2.

267,50 Hboost.

406,50 1 gel / f.



Dr Salma CHERQUI  
Spécialiste des Maladies du Sang  
17, Rue Bachir Laalaj, Le Louvre Center, Bd. Abdelmoumen, 3ème Etage N° 18 - Casablanca  
Tél. 0522 99 53 71

salma.cherqui@hotmail.fr

17, Rue Bachir Laalaj, Le Louvre Center, Bd. Abdelmoumen, 3ème Etage N° 18 - Casablanca - Tél. : 0522 99 53 71 - Urgences : 0665 13 68 28  
17, زقة البشير لعلم، مركز اللوفر، شارع عبد المومن، الطابق الثالث رقم : 18 - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 99 53 71 - المستعجلات : 0665 13 68 28