

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° W21-608298

83303

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0944 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HALMONY ABDELMAJID

Date de naissance : 09/01/1930

Adresse : Cop/ALICHA AF II n° 21, Sidi Maarouf, CASAB

Tél. : 0698.33.5457

Total des frais engagés : 260,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Date de consultation : 19/07/2021

Nom et prénom du malade : M. Halmony Abdelmajid

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

Nature de la maladie : Hémodopathie

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 : 19/07/2021

Signature de l'adhérent(e) : M. Halmony

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
14/07/2024	CR		25000	INP : 

INP : 

Dr Salma Cherif
Spécialiste Maladies du Sang
17 Angle Rue Bachir Laalef et Bd. Abdou Moumoune
Tél: 05 22 99 53 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

14/07/2024

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ai

PPV: 69 DH 50

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

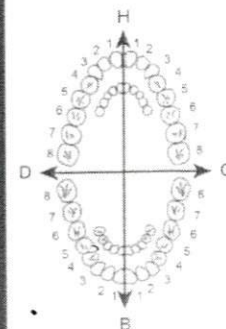
INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont. adjonction]

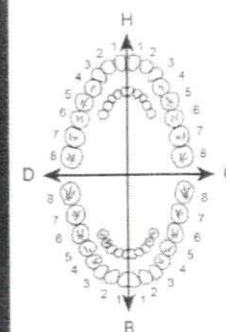
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, à

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Salma CHERQUI
EL OUAZZANI

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

Sur Rendez-vous

الدكتورة سلمى الشرقي
الوزاني

اختصاصية في أمراض الدم السريرية
المعالجة الكيميائية
زرع النخاع العظمي

بالموعد

Casablanca Le : 14/07/21 : الدار البيضاء في :

M^r. Halmomy . Abdelmajid .

63.5042

Cur AM L 500



T=133.0 1 q / j

2j - repos 1j - 2j - repos



Dr Salma CHERQUI
Spécialiste des Maladies du Sang
17, Avenue Bachir Laalaj, 3^e Etage, Abdelmoumen
Tel.: 05 22 99 53 71

salma.cherqui@hotmail.fr

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

☐ **valable 3 mois**

Le 14 / 07 / 2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : Dr. Cherqui Salma

Certifie que Mlle, Mme, M. : HALMONY ABDELMAZID

Présente une Hémapathie (syndrome myéloprolifératif)

Nécessitant un traitement d'une durée de : indéterminée

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit) CurAML + adjuvant

site : www.mupras.com // mail : 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. Cherqui Salma
Spécialiste des Maladies du Sang
17, Angle Rue Dachir Laalej et Rue Abdellah
Tel.: 05 22 99 53 71