

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- 0044586

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8218 Société : 142134
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : HMANI SAID
 Date de naissance : 03-10-68
 Adresse : Quartier Sheu's Hay Essalam rue n°3 villa n°11
 CIL CASABLANCA
 Tél : 0612352014 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Ahmed MOUADDIB
 Spécialiste en Hématologie Clinique
 Greffe de Moelle
 165, Bd Abdelmomen 2ème Etage
 Bât N°1 - Casablanca
 Date de consultation : 26/09/2022
 Nom et prénom du malade : ALALI Ismael: Waleed Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : anémie feriprive
 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

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

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
26/9/22			300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/9/22	428,80

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
		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 :

Veillez 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 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			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 مؤيد

INPE
091113746

اختصاصي في الأمراض الدموية
أمراض الدم والغدد الطحال
زرع النخاع العظمي

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

Casablanca, Le 26/09/2022 الدار البيضاء في

epa - a Aloum Hader

82.10x4

1, ~~Distension~~ 2/ x 2ms

20.10x4

2 Sauges

x 2ms

Pharmacie SOPHIA
165, Bd Abdelmoumen 2ème Etage
Casablanca

08880

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

165, شارع عبد المومن عمارة «أ» الطابق 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 : ahmed.mouaddib@gmail.com

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
6401SDMP/21NRQ P.P.V: 82.10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
6401SDMP/21NRQ P.P.V: 82.10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
6401SDMP/21NRQ P.P.V: 82.10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
6401SDMP/21NRQ P.P.V: 82.10 DH
6 118001 020591

FUMAFER® 66 mg
100 comprimés ○
6 118000 180371

PPV:
EXP:
Lot N°:

25.10

FUMAFER® 66 mg
100 comprimés ○
6 118000 180371

PPV:
EXP:
Lot N°:

25.10 DH
03/26
F266

FUMAFER® 66 mg
100 comprimés ○
6 118000 180371

PPV:
EXP:
Lot N°:

25.10 DH
03/26
F269

FUMAFER® 66 mg
100 comprimés ○
6 118000 180371

PPV:
EXP:
Lot N°:

25.10 DH
04/26
F467