

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

- 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



Déclaration de Maladie

M22- 0013275

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1438 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EDALI Rhaab
 Date de naissance : 21/08/1951
 Adresse : f. ch. 05 22 20 45 45 - Casablanca
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. KADDOURI Wydad**
 Hématologie Clinique - Cancérologie Pédiatrique
 Appt 3ème A Résidence Beaulieu Ain Sebaa
 Casablanca - Tél: 05 22 35 28 28
 Date de consultation : 28 / 02 / 2023
 Nom et prénom du malade : Daloussi Fatima Age: 63
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Neutropénie
 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 : / / Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la réalisation des Actes
28/02/2023	CS		300,00	Dr. KADDOURI Wydad Hématologie Clinique - Cancérologie Pédiatrique Imm. A Résidence Beaulieu Ain Sebaa Casablanca - Tel: 05 22 36 23 28
20/03/2023	Contrôle			Dr. KADDOURI Wydad Hématologie Clinique - Cancérologie Pédiatrique Imm. A Résidence Beaulieu Ain Sebaa Casablanca - Tel: 05 22 36 23 28

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. BOUSTAM ZAKIA Bloc L, N° 8, Dar El Imine Hay Mohammadi - Casa Tél: 0522.60.80.71	20/03/23	24700

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

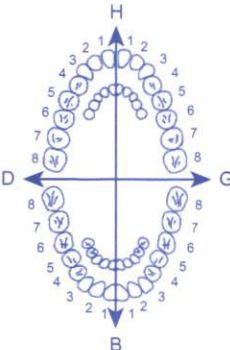
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

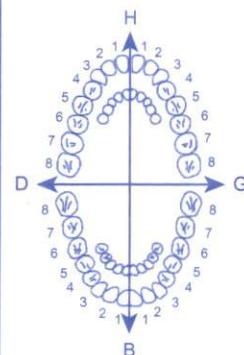
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
						MONTANTS DES SOINS
						DEBUT D'EXECUTION
						FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		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

Docteur Wydad Kaddouri Hématologue

- Lauréat de la Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Diplôme universitaire en Oncologie pédiatrique Université Paris Sud

PHARMACIE DU PARADIS CASABLANCA
Dr BOUSTANE ZAKARIA
Bloc L, N° 8, Dar Lamana
Hay Mohammedi - Casa
Tél: 0522.6520.71

الدكتورة وداد قدوري

أخصائية في أمراض الدم

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم جامعي أنكولوجيا الأطفال جامعة باريس



20/03/2023.

Mme

Fatima Daloussi

109.00

- Juvatonus

amp



1 amp l i

x 10 j

99.00

- Magnine



1 cp

le soir x 1 mois

19.50 x 2

- Urée

dox

100 000



1 amp 1 mois

x 2 mois

247,00

Dr. KADDOURI Wydad
Hématologie Clinique - Cancérologie Pédiatrique
Appt. 3 Imm. A Résidence Beaulieu Ain Sebaa
Casablanca - Tél: 05 22 35 28 28

Appt. 3 Imm. A Résidence Beaulieu Ain Sebaa, Casablanca
Tél. : 05 22 35 28 28 . E-mail : wydkad@hotmail.com



091237313

22169 0425
 LOT PER 0 ml
 Prix 109.00
 14 mg
 instructions for use

MBA6 1125
 LOT PER
 Prix 99.00 le

Maphar
 Bd Alklima N° 6, Ql.
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
 SOL BUV
 P.P.V: 19,50 DH
 6 118001 185030

Maphar
 Bd Alklima N° 6, Ql.
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
 SOL BUV
 P.P.V: 19,50 DH
 6 118001 185030