

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- 0046520

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ 183944 Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2131 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELAMAL MED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/09/2023

Nom et prénom du malade : MAZAOU Lemou Age :

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

Nature de la maladie : pathologie

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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
25/09/23	u		874,00	Dr. Ahmed O. Abdelhakim Spécialiste en Pédiatrie 165, Bd Abdelhakim 20000 Appel 0911 13746

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
25/09/23	B: 120	1794,00
30/10/23	BLU: 120	1050,00

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 :

Veuillez 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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 مؤدب

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

INPE
091113746

Casablanca, Le

25/03/2023

الدار البيضاء في

MARRAKECH. Fama

Transfuser
14x4

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

Dr. Ahmed MOUADDIB

Spécialiste en Hématologie Clinique
Maladies du Sang, des ganglions et de la rate
Grefe de moelle osseuse

NOUVELLE DEMANDE

NOUVELLE DEMANDE

INPE
91113746

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

نائب مدير سابق بالمركز الجهوي لفحص الدم بالدار البيضاء
طبيب ملحق سابق بقسم الأمراض الدموية بالدار البيضاء

Casablanca, Le 25/09/2023 الدار البيضاء في

Nom Prénom :

Abdellah Lemou

	NFS PLAQUETTE + RETICULOCYTES.
X	IONOGRAMME SANGUIN.
X	UREE CREATININE.
	VS.
X	B 2 MICROGLOBULINE.
	ACIDE URIQUE.
X	IMMUNO FIXATION DES PROTEINES SERIQUES.
	PROTEINE DE BENS JOHNS (URINES).
	DOSAGE PONDERAL DES CHAINES LEGERES SANGUINES.
	DOSAGE PONDERAL DES CHAINES LEGERES URINAIRES.



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

165, شارع عبد المومن عمارة «أ» الطابق الثاني رقم 1 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 27 18 62 - 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 - Fax : 05 22 48 29 31

Dr. Ahmed MOUADDIB

Spécialiste en Hématologie Clinique
Maladies du Sang, des ganglions et de la rate
Greffes 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 مؤدب

إختصاصي في الأمراض الدموية
أمراض الدم و الغدد الطحال
زرع النخاع العظمي

يس قسم الأمراض الدموية سابقا بمراكش
سابق بالمركز الجهوي لتحاقن الدم بالدار البيضاء
حق سابق يقسم الأمراض الدموية بالدار البيضاء

INPE
091113746

Casablanca le 27/09/2023 في الدار البيضاء

هو نازنهم فمور

1, Radio Cien Far
2, Radio Haeus - Radio web
Cien / Ciel
3, Radio Fashu for

Dr. Ahmed MOUADDIB
Spécialiste en Hématologie Clinique
Greffes de Moelle Osseuse
165, Bd Abdelmoumen 2ème Etage
App: 05 22 27 18 62

Centre de Radiologie El Oufra
Bd. Moum Rabii - Rue 50 N°2
Casablanca - 20220
Tel : 05 22 92 04 92

165 - شارع عبد المومن عمارة 13 الطابق الثاني رقم 1 - الدار البيضاء

165, Bd Abdelmoumen Résidence les champs Center Imm « A » 2ème étage N°1 - Casablanca



05 22 27 18 62

cabinetsmouaddib.hemato@gmail.com



CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 03/10/2023

FACTURE N°09809/2023

NOM & PRENOM: MARZAOUI TAMOU

EXAMEN	MONTANT
RX. RACHIS CERVICAL F/P RX. BASSIN FACE RX. RACHIS DORSO-LOMBAIRE F/P	1050 DH
TOTAL	1050 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :MILLE CINQUANTE DH TTC

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oued Oum Rabii - Rue 50 N°2
Casablanca - 20220
Tél: 05 22 93 04 93

Dr Bouchaib EL MDARI
Médecin Radiologue
Centre de Radiologie El Oulfa

Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563Capital: 100 000, 00
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057
E-mail: radiologie-oulfa@.com

FACTURE N° 2309253131
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 25/09/2023
INPE : 093002574

Mme Tamou MARZAOUI
Demande N° 2309253131
Date de l'examen : 25/09/2023

Récapitulatif des analyses	
Analyse	Clé
Prise de sang Adulte	E25
Créatinine	B30
Immunofixation des Protides (ou Immunoélectrophorèse)	B600
Ionogramme complet	B160
Urée	B30
Bêta 2 microglobuline (Bêta 2 Microglobuline – sérum)	B400

Total des B : 1220
Total à payer : **1794.00** Dirhams

Arrêtée la présente facture à la somme de :
mille sept cent quatre-vingt-quatorze dirhams

*(HN) = analyse hors nomenclature

