

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-761644

193603

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9902 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SADIK ABDELLAH  
 Date de naissance : 10/06/1965  
 Adresse : 76, Bld El Anassir 1er Re. Marmak B  
 Tél. : 0664417289 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/03/2021

Nom et prénom du malade : M. SADIK ABDELLAH

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

Nature de la maladie : 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Dr. Mohamed LAABID  
Hématologue  
115, Boulevard Abderrahim Bouabid  
5ème Etage N° 10 Oasis - Casablanca  
Tél.: 0522.40.40.60/0522.24.37.42  
Gsm: 0696.51.93.61  
ICE: 001927387000046 - INPE: 91087445





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 RAB des Actes
02/03/2024		5-24000000		Dr. Mohamed LAABID Hématologue 115, Boulevard Abderrahim Bouahid 2ème Etage N° 10 Oasis - Casablanca Tél: 0522.40.40.40/0522.24.37.42 Gsm: 0696.31.93.61 ICE: 001022287000046 - INPE: 91087445

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/03/2024	10820

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

1 ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Mohamed LAABID**  
Hématologie Clinique  
Adultes et Enfants  
Autogreffe de Moelle

Ancien Maître Assistant à la Faculté  
de Médecine et au Service d'Hématologie  
du C.H.U. Ibn Rochd(Casablanca)

Ancien Résident Etranger  
C.H.U. Henri Mondor  
(Créteil-France)

Membre de la société  
Française et Marocaine d'Hématologie  
Sur Rendez-vous

**الدكتور محمد العابد**  
اختصاصي في أمراض الدم  
(أطفال - كبار)

زرع نخاع العظمي

**Dr. Mohamed LAABID**  
Hématologue  
115, Boulevard Abderrahim Bouabid  
2ème Etage N°10 Oasis - Casablanca  
Tél.: 0522.40.40.60 / 0522.24.37.42  
Gsm: 0696.51.93.61  
ICE: 001822287000046 - INPE: 91087445

أستاذ مساعد  
كلية الطب وقسم أمراض  
المركز الجامعي ابن رشد  
مقيم سابقا بالخارج  
بالمركز الجامعي هانري موندور  
(كرتيل - فرنسا)

Dr. Sadiq. AS2

$27.7 \times 3 = 83.10$

Cardiospirine

25.10

Vifavine

ref 15000

108.20

**Dr. Mohamed LAABID**  
Hématologue  
115, Boulevard Abderrahim Bouabid  
2ème Etage N°10 Oasis - Casablanca  
Tél.: 0522.40.40.60 / 0522.24.37.42  
Gsm: 0696.51.93.61  
ICE: 001822287000046 - INPE: 91087445



**Vita C1000®**



EXP 09/2026  
LOT 36037 25

شارع عبد الرحيم بوعبيد الطابق الثاني الرقم 10 الوازيس

الهاتف: 0522.24.37.42 / 0522.40.40.60 / 0696.51.93.61 - الفاكس: 0522.24.37.44

115, Boulevards Abderrahim bouabid 2ème Etage N°10 Oasis - Casablanca  
Tél. : 0522.40.40.60 / 0522.24.37.42 - Fax : 0522.24.37.44 - Gsm : 0696.51.93.61  
E-mail : m\_laabid@hotmail.fr - ICE : 001822287000046 - INPE : 91087445