

# 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.

Maladie

Dentaire

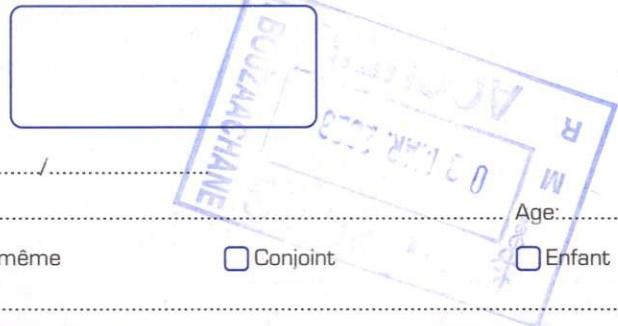
Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	1288	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	chafik Mouna (AS305)
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
Adresse :			
Tél. : 061914653		Total des frais engagés : ..... Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	..... / .....	..... / .....	..... / .....
Nom et prénom du malade :		Age :	
Lien de parenté :		<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :		<input type="checkbox"/> Enfant	
Affection longue durée ou chronique :		<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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) :

# 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.

N° W21-763987

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1288

Société :

Chgk

Noumea

Date de naissance :

21/10/42

Adresse :

45, rue Attalau COB

Tél. :

0661214653

Total des frais engagés : 1143,20

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la 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'adjudicataire.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/11/2013

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-763987

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

1288

Nom de l'adhérent(e) :

Chgk

Total des frais engagés :

1143,20

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
14/10/2023	CH	CH	400,00	INP : 081044291
				LE FAIS

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Angèle Renu Hassan Saghir Pharmacie AL MAAWLII	2023-01-12	74870

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

#### VIOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important

Veuillez prendre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d...

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# Docteur Zoubir CHOUFFAI

الدكتور الزوبير الشفاعي

HEMATOLOGISTE

ONCOLOGIE PEDIATRIQUE

Ancien Enseignant Faculté de Médecine  
et C.H.U Ibn Rochd (Casablanca)

Ancien assistant F.F.

Institut Gustave Roussy (Villejuif - France)

Sur Rendez-vous

14/2/23

لخاصسي في أمراض الدم

أنكلوجيا الأطفال

أستاذ مساعد سابق بكلية الطب

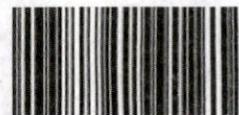
والمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)

مساعد سابق

بمعهد كومسطاف روسي

(فيل جويف - فرنسا)

بالموعد



14/2/23

14/2/23

+ Acfsl 1 - - - 1 / 2861

14/2/23

Belo d. 14/2/23

14/2/23

Pharmacie AL MAWLIL  
Angèle Rue Ibnou Kattir  
et Abu Hassan Saghihi  
Médecin Casse. Tel. 0522 23 11 0

14/2/23 14/2/23 14/2/23

دكتور الزوبير الشفاعي  
DOCTEUR Zoubir CHOUFFAI  
HEMATOLOGIE  
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE  
152, Bd Ba Hmad - CASABLANCA  
Tél. 0522 24.81.61/63 - 0522 24.37.41/43 - Fax : 0522 40.40.70

152 شارع باحمد - بلقدير - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 24.37.41/43 - الفاكس : 0522 40.40.70

152, Boulevard Ba Hmad - Belvédère - Casablanca - Tél. : 022 24.81.61/63 - 0522 24.37.41/43 - Fax : 0522 40.40.70

En Cas d'Urgence : Clinique Val d'Anfa - Tél. : 0522 39.69.39 / 0661 33.74.37



ONCOLOGIE  
PEDIATRIQUE  
HEMATOLOGIE

ج ٢٠



PHARMAX 5

LOT :2559  
PER :10/25  
PPV :144DH50

ج ٢٠



PHARMAX 5

LOT :2559  
PER :10/25  
PPV :144DH50

ج ٢٠



PHARMAX 5

LOT :2559  
PER :10/25  
PPV :144DH50

ج ٢٠



PHARMAX 5

LOT :2559  
PER :10/25  
PPV :144DH50

ج ٢٠



PHARMAX 5

LOT :2559  
PER :10/25  
PPV :144DH50