

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 : ..... 2088 ..... Société : ..... RAM .....

Actif

Pensionné(e)

Autre : ..... RETRAITÉ .....

Nom & Prénom : ..... ZENASNI Mohammed .....

Date de naissance : ..... 09 Juin 1944 .....

Adresse : ..... 193 Bd Ghandi CASABLANCA .....

Tél. : ..... 0522 250088 ..... Total des frais engagés : ..... Dhs .....

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / / .....

Nom et prénom du malade : ..... Ferhat Ned .....

Age : ..... 70 .....

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

Nature de la maladie : ..... Céphalopathie .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ..... Céphalopathie .....

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) :



## **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
03/10/2023	Ch	400,-	10	دكتور العباس زعبير شعفاط OGIE PATRIQUE ZABEIR CHOUFFAT

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE HIBA</b> Dr. Ahmed GHAFRY Hay Rabe, Bata Banafsaje 1 Bis - Beldi Sidiour - Casablanca T: 0522 944 334 / 0522 944 335	03/06/2023	152,000 Dhs tel: 0522 944 334

#### **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	

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

### **Important**

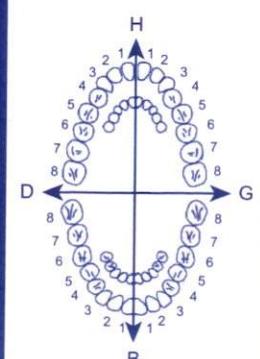
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	-
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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

اختصاصي في أمراض الدم

أنكلوجيا الأطفال

أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب

والمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)

مساعد سابقا

بمعهد كوبسلاف روسي

(فيل جويف - فرنسا)

بالموعد

31/10/25

1. He esn. Acl

25/10/2020.  
Full e fel 1-

26/10/2020.  
AC fel 1-

102160

~~الدكتور الزوبير الشفاعي~~  
DOCTEUR Zoubir CHOUFFAI  
HEMATOLOGIE  
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE  
152, Bd Ba Hmad - CASABLANCA  
Tél : 0522 24.81.61 / 0522 24.37.41  
Fax : 0522 40.40.70



PPV:  
EXP:  
Lot N°:

25.10

PPV:  
EXP:  
Lot N°:

25.10  
6.20

PHARMACIE HIBA  
Dr. Ahmed GHAFRY  
51 Bis Hay Raha, Rue Banafsaje  
Beauséjour - Casablanca  
Tél: 0522 94.99.34 / 0522 39.34.21  
Fax: 0522 94.20.24 / 0522 39.34.21



LUT: 1-223009  
PER: 07/27  
PPV: 26.20 DH

LUT: 1-4211009  
PER: 07/07  
PPV: 6.2 DH

26.20 GED

ONCOLOGIE  
PEDIATRIQUE  
HEMATOLOGIE

152 شارع باحمد - بلقدير - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 24.81.61/63 - 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 : 05 22 40.40.70

En Cas d'Urgence : Clinique Val d'Anfa - Tél. : 05 22 39.69.39 / 06 61 33.74.37