

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

N° W19-563296

1296

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8767 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : A ZET Boushary CR

Date de naissance : de-03-68

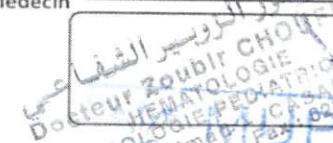
Adresse : Casablanca GREEN TOWN 160111 MM 11 ADD 03

Souscrivante : Casablanca

Tél. : 0661217358 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06 OCT 2020

Nom et prénom du malade : A. BOUTACHA

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

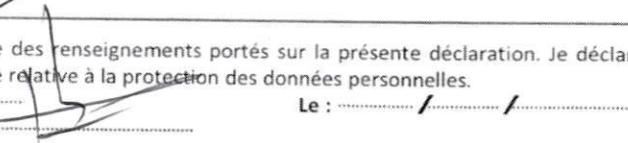
Nature de la maladie : HELIOPATHIE 2020

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.

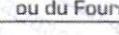
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 06 OCT 2020

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | |
|--------------------------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 21/12/2023 | | | 500 | INPT Ack Cb 19-12-2023 CHOUFFAI |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 21/09/20 | 1761,00 |

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

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|-------------------------------------|---|----------|--|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|
| 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées (List of treated teeth) | Nature des Soins (Nature of treatments) | Coefficient (Coefficient) | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DÉBUT D'EXÉCUTION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXÉCUTION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <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>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | |
| | | | | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | D | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CŒFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXÉCUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Docteur Zoubir CHOUFFAI

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

الدكتور الزوبير الشفاعي

إخلاصي في أمراض الدم

أنكلوجيا الأطفال

أستاذ مساعد بكلية الطب

والمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)

مساعد سابق

معهد كوسطاف روسي

(فيل جويف - فرنسا)

بالموعد

28/09/2020



Eng: Boukhris Iyad

507.00 + 3

Chemoset Injectable

SV

3 Boites de 5 Amp

100.00

Gelules Bicarbonate

N° 102

SV

T = 1201.00

الدكتور الزوبير الشفاعي
DOCTEUR ZOUBIR CHOUFFAI
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE
152, Boulevard Ba hmad - Casablanca
Tél : 0522 24.81.61 / 0522 24.37.41

صيدلية محطة المسافرين
Pharmacie Gare Voyageur
Madame CHEFCHAOUNI
238, Bd. Bahmad, Angle Rue Abou Abb
El JIRAOUI - Casablanca
Tél : 022.24.88.116

152 شارع باحمد - بلقدير - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 24.37.41/43 - الفاكس : 05 22 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

ONCOLOGIE
PEDIATRIQUE
HEMATOLOGIE

CHEMOSET®

Ondansétron

8mg/4ml



LOT:1801311 EXP:02/21
PPV:547DH00

CHEMOSET®

Ondansétron

8mg/4ml



LOT:1801311 EXP:02/21
PPV:547DH00

CHEMOSET®

Ondansétron

8mg/4ml



LOT:1801311 EXP:02/21
PPV:547DH00