

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

- Reclamation : 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 Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-500414

CA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **16492**

Matricule : **8767** Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **Boukhuss Iyad**

Date de naissance : **06-05-68**

Adresse : **ORSA GREEN TOWN W1911 MM 11 AL5 03**

Tél. : **06 21 27 358** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **25 12/18**

Nom et prénom du malade : **Boukhuss Iyad**

Age :

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

Nature de la maladie : **Nemo pathologie**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels 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 :

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



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
25/12/19			Acte S	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

SECTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacieur ou du Fournisseur	Montant de la Facture
Pharmacie GREEN TOWN Dr. Maria AZENYAR Centre Commercial Villa Verte Bouskoura - Casablanca	25/12/19 # 363,00 #

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] [] [] [] [] [] [] [] [] []												
				MONTANTS DES SOINS [] [] [] [] [] [] [] [] [] []												
				DEBUT D'EXECUTION [] [] [] [] [] [] [] [] [] []												
				FIN D'EXECUTION [] [] [] [] [] [] [] [] [] []												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS [] [] [] [] [] [] [] [] [] []												
				DATE DU DEVIS [] [] [] [] [] [] [] [] [] []												
				DATE DE L'EXECUTION [] [] [] [] [] [] [] [] [] []												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

إختصاصي في أمراض الدم

أنكولوجيا الأطفال

أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب

والمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)

مساعد سابقا

بمعهد كوستاف روسي

(فيل جوف - فرنسا)

بالموعد

25/12/13

Boukhuss Igad

110,50

Septem 250mg 1p x 2/5

S.V

55,00

Biomylase 3000

S.V

43,40 + 86,50 1p x 2/5

Esac 20mg 1gel/5

S.V

39,60 x 2

Cotrim fdt si 800

S.V

1p lin Mer/Ven

gellules de Bicarbonate n° 100

Total = 363,00



55,00

LOT : 05619002
PER : 02-2022
PPV : 110,50 DH



الدكتور الزوبير الشفاعي
Docteur Zoubir CHOUFFAI
HEMATOLOGISTE
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE
152, Bd Ba hmad - Casablanca

152 شارع باحماد - بلقدير - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 24.81.61/63 - 05 22 24.37.41/43 - الفاكس : 05 22 40.40.70

152, Boulevard Ba hmad - Belvédère - Casablanca - Tél. : 022 24.81.61/63 - 05 22 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

كو-تريم

سلفاميتو كسانول - قرص



علبة بها 20 قرصا

لابروفان

CO-TRIM 20 comprimés
PPV 30DH60 EXP 06/2023
LOT 96008 1

7 gélules

Microgranules
gastrorésistants



gélules

Microgranules
gastrorésistants



كو-تريم

سلفاميتو كسانول - قرص

علبة بها 20 قرصا

لابروفان

CO-TRIM 20 comprimés
PPV 30DH60 EXP 03/2023
LOT 93010 1

86,90

49,40