

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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

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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1582

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SEFFAL HABIB

Date de naissance :

8 10 52

Adresse :

Tél. : 0661330064

Total des frais engagés : 100 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*professeur Mohammed BOUCETTA  
NEUROCHIRURGIEN  
Rond point Tac Rés. Benber Esc C  
2ème Etage Maârif Casablanca  
Tél: 0522 73 00 36 GSM: 06 61 14 8 68  
A: 0522 73 00 36 Gsm: 06 61 14 8 68  
B: 002167003000058  
C: 002167003000058  
D: 002167003000058  
E: 002167003000058  
F: 002167003000058*

Date de consultation :

23 Aout 2011

Nom et prénom du malade :

Settaf HABIB

Age : 69

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Concaneal

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 : 24/08/2011

Signature de l'adhérent(e) :



ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du boratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
	DÉTERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B		00000000		11433553		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	G																				
	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
	D																					
	00000000																					
	35533411																					
	B																					
	00000000																					
11433553																						
<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																			
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						

Professeur Mohamed Boucetta  
Neurochirurgien

Diplômé du Val de Grâce - Paris  
Ex. Chef de service au CHU Ibn Rochd  
Casablanca  
Ex. Chef de Service à l'hôpital militaire  
Mohamed V Rabat  
Tél : 05 22 23 00 36  
E-mail: [prboucetta@gmail.com](mailto:prboucetta@gmail.com)

الدكتور محمد بوستة  
أستاذ التعليم العالي  
جراحة الدماغ والأعصاب  
رئيس قسم بالمركز الصحي الجامعي ابن رشد (سابقا)  
رئيس قسم جراحة الدماغ  
بالمستشفى العسكري بالرباط (سابقا)

FACTURE N° 183/21

Casablanca le 23/08/2021

NOM&PRENOM	ACTE	MONTANT
Seffar habib	Infiltration canal carpien	500.00

Arrêtée la facture à la somme de 500.00(cinq cent) dirhams.

PR. M. BOUCETTA

Professeur Mohamed BOUCETTA  
NEUROCHIRURGIEN  
Rond Point Tac Rés Benber Esc C  
2ème Etage Maroc Casablanca  
Tél: 0522 23 00 36 Gsm: 06 61 14 8 68  
ICE : 002167003000058  
I.F: 15172753

I.N.P.E :091032078  
ICE : 002167003000058  
IF : 15172753

# Professeur Mohamed Boucetta

Neurochirurgien



Ex Professeur à la faculté de Médecine  
Neurochirurgien Diplômé du Val de Grâce Paris

Assistant de Chirurgie Générale

D.E.M. Dommege Corporel

D.U. Technique Micro-Chirurgicales

D.U. Electroencéphalologie Clinique

Ex Chef du Service de Neurochirurgie

Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V - Rabat

Ex Chef du Service de Neurochirurgie

CHU Ibn Rochd - Casablanca

# الأستاذ محمد بوهشة

أخصائي في جراحة الدماغ والأعصاب

رئيس قسم جراحة الدماغ (سابقا)

بالمستشفى العسكري الدراسي

محمد الخامس - بالرباط

رئيس قسم جراحة الدماغ (سابقا)

بالمركز الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

23 Aout 2021

Mr Seffar HABIB

Sepchenko 100%  
Dazehlma: 10/10 8/1



إقامة ببر الطابق الثاني شارع ستاندال (ساحة الطاڭ المعايريف) الدار البيضاء.

Résidence Benber Escalier C, 2<sup>ème</sup> étage - Bd. Stendhal Maârif - Casablanca - Patente : 36378062

📞 05 22 23 00 36 ☎ 06 61 14 18 68 📩 E-mail : prboucetta@gmail.com

📞 En cas d'urgence : 07 00 55 19 29

# Professeur Mohamed Boucetta

## Neurochirurgien

Ex Professeur à la faculté de Médecine  
Neurochirurgien Diplômé du Val de Grâce Paris  
Assistant de Chirurgie Générale  
D.E.M. Domage Corporel  
D.U. Technique Micro-Chirurgicales  
D.U. Electroencéphalologie Clinique  
Ex Chef du Service de Neurochirurgie  
Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V - Rabat  
Ex Chef du Service de Neurochirurgie  
CHU Ibn Rochd - Casablanca



الأستاذ محمد بوستة  
أخصائي في جراحة الدماغ والأعصاب  
أستاذ التعليم العالي في جراحة الدماغ والأعصاب  
رئيس قسم جراحة الدماغ (سابقا)  
بالمستشفى العسكري الدراسي  
محمد الخامس - بالرباط  
رئيس قسم جراحة الدماغ (سابقا)  
بالمؤتمر الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

23 Aout 2021

Scffeur Habil

Infiltration main gauche  
(comme au poing)

Professeur Mohamed BOUCETTA  
NEUROCHIRURGIEN  
Rond Point Jasmin, Benber Esc C  
2ème Etage Maârif Casablanca  
Tél: 0522 23 00 36 GSM: 06 61 14 18 68  
ICE : 02167003000058  
I.F: 15172753

إقامة ببر الطابق الثاني شارع ستاندال (ساحة الطاڭ المعاويف) الدار البيضاء .  
Résidence Benber Escalier C, 2<sup>ème</sup> étage - Bd. Stendhal Maârif - Casablanca - Patente : 36378062

05 22 23 00 36 06 61 14 18 68 E-mail : prboucetta@gmail.com

En cas d'urgence : 07 00 5519 29